

Ärztliche Moralvorstellungen zu Maßnahmen am Lebensende
– ein Vergleich von Studienergebnissen aus sieben Kulturkreisen

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Jonas Loster

geboren am 26.09.1988 in Regensburg

Gutachter:

1. Univ.Prof. Dr.phil. Dr.rer.publ. Dr.theol. Dr.phil.habil. Nikolaus Johannes Knoepffler,
Lehrstuhl für Angewandte Ethik, Friedrich-Schiller-Universität Jena
2. apl.Prof. Dr.med. Winfried Meißner,
Abteilung Palliativmedizin, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Jena
3. Univ.Prof. Dr. Florian Steger,
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm

Tag der öffentlichen Verteidigung: 04.06.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Zusammenfassung.....	7
2. Einleitung	9
3. Ziele der Arbeit.....	13
4. Methodik	15
4.1 Recherche und Auswahl der Studien	15
4.2 Einschlusskriterien.....	17
4.3 Auswertung der Studien	19
4.3.1 Kategorisierung	19
4.3.1.1 Erfasste Parameter (falls möglich)	19
4.3.1.2 Kommentar zur geographischen Einteilung.....	19
4.3.2 Darstellung der Studienergebnisse	20
4.3.2.1 Kommentar zur Korrektur von Ergebnissen	20
4.3.3 Durchführung des qualitativen Vergleichs.....	21
4.4 Begriffserklärungen	21
4.5 Kommentar zur Verwendung des männlichen Geschlechts	23
5. Ergebnisse	24
5.1 Der Arbeit zugeführte Studien.....	24
5.2 Therapieverzicht und Therapieentzug.....	38
5.2.1 Therapieverzicht/Therapieentzug in Ostasien	38
5.2.2 Therapieverzicht/Therapieentzug in Indien.....	49
5.2.3 Therapieverzicht/Therapieentzug im Nahen und Mittleren Osten	51
5.2.4 Therapieverzicht/Therapieentzug in Israel.....	55
5.2.5 Therapieverzicht/Therapieentzug in den USA	58
5.2.6 Therapieverzicht/Therapieentzug in Puerto Rico.....	60
5.2.7 Therapieverzicht/Therapieentzug in Lateinamerika.....	61
5.2.8 Qualitativer Vergleich: Therapieverzicht/Therapieentzug.....	62
5.3 Aggressive Analgesie	75
5.3.1 Aggressive Analgesie in Ostasien	75
5.3.2 Aggressive Analgesie in Indien.....	75
5.3.3 Aggressive Analgesie im Nahen und Mittleren Osten	75

5.3.4 Aggressive Analgesie in Israel	75
5.3.5 Aggressive Analgesie in den USA	76
5.3.6 Aggressive Analgesie in Puerto Rico	77
5.3.7 Aggressive Analgesie in Lateinamerika.....	77
5.3.8 Qualitativer Vergleich: Aggressive Analgesie	77
5.4 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)	80
5.4.1 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Ostasien.....	80
5.4.2 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Indien	82
5.4.3 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) im Nahen und Mittleren Osten.....	82
5.4.4 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Israel.....	83
5.4.5 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in den USA.....	83
5.4.6 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Puerto Rico.....	85
5.4.7 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Lateinamerika.....	86
5.4.8 Qualitativer Vergleich: Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen).....	86
5.5 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung	92
5.5.1 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Ostasien	92
5.5.2 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Indien.....	92
5.5.3 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung im Nahen und Mittleren Osten	92
5.5.4 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Israel	93
5.5.5 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in den USA	93
5.5.6 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Puerto Rico	98
5.5.7 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Lateinamerika.....	99
5.5.8 Qualitativer Vergleich: Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung	99
5.6 Sedierung am Lebensende	103
5.6.1 Sedierung am Lebensende in Ostasien.....	103
5.6.2 Sedierung am Lebensende in Indien	106
5.6.3 Sedierung am Lebensende im Nahen und Mittleren Osten.....	106
5.6.4 Sedierung am Lebensende in Israel.....	107
5.6.5 Sedierung am Lebensende in den USA.....	107
5.6.6 Sedierung am Lebensende in Puerto Rico.....	109
5.6.7 Sedierung am Lebensende in Lateinamerika	109
5.6.8 Qualitativer Vergleich: Sedierung am Lebensende.....	109
5.7 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende.....	114
5.7.1 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Ostasien.....	114

5.7.2 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Indien	116
5.7.3 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende im Nahen und Mittleren Osten	116
5.7.4 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Israel.....	118
5.7.5 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in den USA.....	118
5.7.6 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Puerto Rico	120
5.7.7 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Lateinamerika	120
5.7.8 Qualitativer Vergleich: Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende....	121
6. Diskussion	127
6.1 Tabellarische Ordnung und Indexsystem	127
6.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf ärztliche Moralvorstellungen	128
6.3 Thematische Verteilung	137
6.4 Limitationen und Fehlerquellen	138
7. Schlussfolgerungen.....	140
8. Literatur- und Quellenverzeichnis	141
9. Anhang	148
9.1 Tabellenverzeichnis	148
9.2 Danksagung.....	149
9.3 Ehrenwörtliche Erklärung	152

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
cf.	<i>confer</i> , vergleiche
COPD	<i>chronic obstructive pulmonary disease</i> , Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CPR	<i>cardiopulmonary resuscitation</i> , kardiopulmonale Reanimation
DNR-Anordnung	<i>do not resuscitate</i> Anordnung (Anordnung, einen Patienten bei Herz-Kreislaufstillstand nicht kardiopulmonal zu reanimieren)
ITS	Intensivstation
M.	Morbus
med.	medizinisch
n	Anzahl
R	Rücklauf
radioonkolog.	radioonkologisch
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
unbek.	unbekannt
Veröff.	Veröffentlichung
vollst.	vollständig
vorl.	vorliegend
vs.	<i>versus</i> , gegen(über)
z.B.	zum Beispiel

1. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit dient der deskriptiven Analyse moralischer Einstellungen von vornehmlich Ärztinnen und Ärzten aus sieben willkürlich definierten geographischen Gebieten, unter der Hypothese, dass sich ärztliche Moralvorstellungen bei Fragen zu Maßnahmen am Lebensende zwischen den untersuchten Kulturkreisen nicht wesentlich unterscheiden. Hierzu wurde eine systematische Literaturübersicht erstellt, anschließend erfolgte eine strukturierte Auswertung der jeweiligen Studienergebnisse und eine Zusammenführung der darin enthaltenen Erkenntnisse mittels qualitativen Vergleichs. Untersucht wurden Hinweise auf Moralvorstellungen in Bezug auf Therapieverzicht und Therapieentzug, aggressive Analgesie, vorsätzliche Tötung (auf Verlangen), ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung, Sedierung am Lebensende und Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende. Die Klientel der jeweiligen Studien war tätig oder wurde therapiert in Ostasien, in Indien, in Israel oder im übrigen Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, in Puerto Rico oder im übrigen Gebiet der USA oder Lateinamerikas.

Die systematische Literaturübersicht umfasst 84 Veröffentlichungen zu oftmals mehreren der untersuchten Themengebiete. Sie repräsentiert den aktuellen Forschungsstand. Eingeschlossen wurden 64 Studien, die Aussagen von vornehmlich Ärztinnen und Ärzten, ferner auch Studierenden der Humanmedizin quantitativ auswerteten. Ergänzend wurden 16 Studien einbezogen, die auf einer quantitativen Auswertung von patientenbezogenen Daten beruhen und rückschließend Aufschluss über ärztliches Handeln geben. Auch erfolgte der Einschluss von vier Veröffentlichungen, die durch eine qualitative Auswertung ärztlicher Aussagen über für die jeweilige geographische Region spezifische und nicht verallgemeinerbare Besonderheiten informieren.

Der für eine humanmedizinische Dissertationsschrift in Bezug auf die Seitenanzahl verhältnismäßig große Umfang der vorliegenden Arbeit ist einer strukturierten, nach Thema und einzelnen Ländern geordneten Darstellung der zu vergleichenden Studienergebnisse geschuldet. Dieses Vorgehen dient einerseits der Nachvollziehbarkeit des durchgeführten qualitativen Vergleichs, andererseits werden durch diese Darstellung Informationen gezielt abrufbar, was weitergehende Forschungsarbeit mit diesem Stoff erleichtert.

Die Studienergebnisse wurden für jedes der sechs Themenfelder gesondert zusammengeführt und vergleichend dargestellt. Hierbei wurde zunächst ein auf den Studienergebnissen beruhendes Meinungsbild in den jeweiligen geographischen Gebieten sichtbar gemacht. Anschließend erfolgte eine Gegenüberstellung der untersuchten geographischen Gebiete in Bezug auf die sich jeweils darstellenden, vornehmlich auf belastbaren Studienergebnissen beruhenden Meinungsbilder.

Die Hypothese der Arbeit konnte zum Teil bestätigt werden. Im Vergleich der jeweiligen Meinungsbilder fanden sich zum Teil deutliche Überschneidungen, allerdings auch Hinweise auf tendenzielle Unterschiede. Außerdem bestanden Lücken in der thematischen Abdeckung. Hier ist weitere Forschung nötig um die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu verifizieren und zu vervollständigen.

2. Einleitung

Das Ethos einer Gruppierung von Menschen ist beschreibbar als eine für diese Gruppierung spezifische „Konvention“ moralischer Wertvorstellungen, die in einer ähnlichen Lebenswelt und in gemeinsam geteilten Werten fußt. So lassen sich sittliche Wertvorstellungen im Sinne eines berufsgruppenspezifischen Ethos von der Moral eines Individuums oder einer Gesellschaft abgrenzen. (Knoepffler 2010c)

Diese Definition legt nahe, dass sich in Bezug auf geteilte sittliche Werte zwischen verschiedenen Berufsgruppen deutliche Unterschiede finden lassen. Zum Teil mag dies im Berufsinhalt begründet sein, zudem ist davon auszugehen, dass auch gesellschaftliche und kulturelle Einflüsse Wirkung auf ein berufsgruppenspezifisches Ethos haben. Diese Unterschiede im gesellschaftlichen und kulturellen Einfluss lassen sich gewiss nicht nur zwischen verschiedenen Berufsgruppen, sondern auch zwischen Anhängern der gleichen Berufsgruppe aus allerdings verschiedenen geographischen Regionen und Kulturkreisen feststellen. Fraglich ist, inwieweit dadurch die grundsätzlichen sittlichen Werte einer Berufsgruppe beeinflusst werden.

Für die praktische Medizin und für die medizinische Forschung wurden mehrfach Versuche gemacht, allgemein gültige ethische Prinzipien zu formulieren, die von einer internationalen Klientel anwendbar sind. Grundsätzlich prägend bei Regularien dieser Art war oftmals das Prinzip der Menschenwürde, ein Prinzip, das vor allem durch seine Missachtung durch die Verbrechen der deutschen Nationalsozialisten im vergangenen Jahrhundert greifbar wurde und in der Formulierung der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* im Jahr 1948 resultierte (Knoepffler 2010e).

Die moderne Auslegung des Prinzips der Menschenwürde ist als Kontraposition zu faschistoiden Ideologien der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auffassbar. Es achtet den Einzelnen in einer grundsätzlichen Subjektstellung des Individuums und sichert gleichzeitig eine grundsätzliche Gleichheit aller Menschen zu. Es besitzt universelle Gültigkeit, folglich kann es keine Berechtigung zur Nichtbeachtung des Prinzips der Menschenwürde geben. Im spezifischen Sinn eines Metaprinzips bedingt es einerseits das Handeln des Einzelnen, gleichzeitig zeigt sich im Handeln des Einzelnen jeweils auch seine Interpretation des Prinzips der Menschenwürde. Somit wird es durch konkrete Handlungen ausgelegt, vermittelt und gestaltet. (Knoepffler 2010d)

Der Weltärztebund (*World Medical Association, WMA*) veröffentlicht seit dem Jahr 2005 einen Leitfaden zur Medizinethik, der in mehreren Auflagen und Übersetzungen publiziert wurde und weltweit an praktizierende Ärztinnen und Ärzte gerichtet ist (WMA 2018, Williams 2015). Auch wurden durch die im Jahr 2005 von der UNESCO vorgelegte *Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UDBHR)* ethische Prinzipien, die medizinische Praxis und Forschung betreffen, einer weltweiten Klientel zur Verfügung gestellt (UNESCO 2006). Seit dem Jahr 1948 existiert eine überarbeitete Version des Eids des Hippokrates, bekannt als *Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes*, in der explizit versichert wird, es nicht zuzulassen, „dass sich religiöse, nationale, rassische, Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen [die ärztliche] Pflicht und [die eigenen] Patienten drängen“ (Illhardt 1985). Als bedeutendes Beispiel für internationale medizinethische Richtlinien zur medizinischen Forschung ist insbesondere auch die *Deklaration von Helsinki* des Weltärztebundes zu nennen, in der in den 1960er und 1970er Jahren jede nicht therapeutische Forschung am Menschen ohne dessen Einwilligung für unzulässig erklärt wurde und gefordert wurde, dass derartige Forschungsvorhaben von unabhängigen Ethikkommissionen begutachtet werden müssten (Maio 2017h).

An negativer Kritik, beispielsweise die Entstehungsgeschichte und den Inhalt der UDBHR betreffend, wird deutlich, dass es äußerst kompliziert ist, für eine weltweite Klientel ethische Prinzipien zu formulieren, die ihrem Pluralismus gerecht werden und kulturelle sowie wirtschaftliche Unterschiede anerkennen, ohne diskriminierend zu wirken (Macpherson 2007).

Dennoch ist anzunehmen, dass im ärztlichen Ethos kulturübergreifend grundlegende Werte vorhanden sind, die Praxis und Denken maßgeblich beeinflussen. Dies ist am Konzept der Menschenwürde und an international gültigen medizinethischen Regularien zu erkennen.

Man kann die Medizin als Disziplin auffassen, „die Hilfe für in Not geratene Menschen leisten will.“ In der Umsetzung dieses genuin moralischen Grundsatzes mögen unterschiedliche Handlungsintentionen wesentlich sein sowie unterschiedliche Menschenbilder, die von behandelnden Ärztinnen und Ärzten vertreten werden. (Maio 2017f) Neben diesen naturgegebenen interindividuellen Unterschieden in der ärztlichen Wahrnehmung des sittlich Richtigen wurden auch deutliche Unterschiede zwischen den Auffassungen von Ärzten aus verschiedenen geographischen Regionen detektiert. So zeigten aktuelle Untersuchungen zum ärztlichen Umgang mit Patientenautonomie, dass

beispielsweise den Patienten in Nordeuropa verhältnismäßig mehr Souveränität zugestanden wurde, als in Südeuropa, wo eine mehr paternalistisch geprägte Arzt-Patienten-Beziehung vorlag (Cohen et al. 2005).

Der Diskurs über Maßnahmen am Lebensende ist auch innerhalb umrissener Gesellschaften von Kontroversen gezeichnet. So prägen in der deutschsprachigen Öffentlichkeit insbesondere Fragen nach selbstbestimmtem Sterben (de Ridder 2011), eine zunehmende Entpathologisierung der Selbsttötung (Macho 2017b) sowie Angst vor Übertherapie und damit verbundener unmenschlicher Ausbeutung von Patienten am Ende ihres Lebens (Thöns 2016) eine berechtigte und emotional geführte Debatte. Doch bieten gerade Fragestellungen am Lebensende die Möglichkeit, grundsätzliche sittliche Werte zu detektieren, da der Tod und das Sterben weniger von kulturellen, philosophischen und/oder theologischen Konzepten bedingt sind, als beispielsweise Fragen zu Präimplantationsdiagnostik und Schwangerschaftsabbruch. Menschliches Leid am Lebensende ist unmittelbar und weniger relativierbar als in anderen Situationen.

Freilich existieren auch am Lebensende nicht nur individuell geprägte Kontroversen, sondern auch kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse. Die bereits erwähnten, vermutlich kulturell bedingten Unterschiede zur Patientensouveränität betreffen auch Fragen am Lebensende, insbesondere Fragen zu ärztlich assistierter Selbsttötung und vorsätzlicher Tötung auf Verlangen von Patienten. Dennoch bietet besonders der Themenkomplex der „Maßnahmen am Lebensende“ eine Möglichkeit, grundsätzliche moralische Überzeugungen von Ärztinnen und Ärzten sichtbarzumachen, die in direktem Zusammenhang zum eigenen Beruf und zu den zu behandelnden Patienten stehen.

So soll, in Hinblick auf das universell geltende und universell anwendbare Prinzip der Menschenwürde und in Anbetracht weiterer Hinweise auf kulturübergreifend vorhandene Werte, die Hypothese aufgestellt werden, dass sich im ärztlichen Ethos insbesondere bei grundsätzlichen Themen im Kulturvergleich wenig Unterschiede finden. Aus diesem Grund wurde die vorliegende Analyse von ärztlichen Moralvorstellungen zu Fragen am Lebensende durchgeführt, in Form eines qualitativen Vergleichs von insgesamt 84 Studien, die in den Jahren 2000 bis 2017 veröffentlicht worden sind und eine Klientel aus mindestens einem von sieben abgrenzbaren, willkürlich gesetzten geographischen Arealen untersuchten (Ostasien, Indien, Naher/Mittlerer Osten, Israel, USA, Puerto Rico, Lateinamerika). Das Ethos wurde an

den jeweils vorherrschenden Meinungsbildern und gleichermaßen an den standesinternen Kontroversen im betreffenden Kulturkreis sichtbar gemacht.

3. Ziele der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine möglichst umfassende Darstellung von Studien zu schaffen, die ein ärztliches Ethos behandeln, und die darin enthaltenen Informationen mittels eines qualitativen Vergleichs herauszuarbeiten und greifbar zu machen.

Hypothese dieser Arbeit ist die Annahme, dass sich das ärztliche Ethos in grundsätzlichen Fragestellungen, illustriert am Themenkomplex der Maßnahmen am Lebensende, im Vergleich zwischen verschiedenen Kulturkreisen nicht wesentlich unterscheidet.

Gegenstand der Arbeit sind die moralischen Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten aus sieben Kulturkreisen zu verschiedenen Maßnahmen am Lebensende, sichtbargemacht durch vorexistente quantitative und qualitative Auswertungen von ärztlichen Aussagen sowie Auswertungen von patientenbezogenen Daten, veröffentlicht im Zeitraum 01.01.2000 bis 31.12.2017

Als Kulturkreise wurden definiert: Ostasien, Indien, Naher/Mittlerer Osten, Israel, USA, Puerto Rico und Lateinamerika.

Untersuchte Maßnahmen am Lebensende sind: Verzicht auf Initiierung von lebenserhaltenden Maßnahmen sowie Entzug von bereits begonnenen lebenserhaltenden Maßnahmen, Aggressive Analgesie als deutliches Beispiel einer nicht intendierten, aber geduldeten Verkürzung des Sterbeprozesses im Sinn eines therapeutischen Doppeleffekts, vorsätzliche Tötung von Patienten (meist auf deren Verlangen hin), ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung, Sedierung am Lebensende und Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose einem Patienten gegenüber, falls dessen Tod aller Voraussicht nach bevorsteht und eine Situation am Ende des Lebens vorliegt.

Bei der Auswahl der betreffenden Studien und Daten wurde besonderer Wert darauf gelegt, dass Rückschlüsse auf eine die Sache betreffende grundsätzliche Moral möglich sind. So wurden beispielsweise Studien exkludiert, die auf Fragestellungen beruhen, in denen ein Konflikt mit Patientenangehörigen in Bezug auf bestimmte Maßnahmen am Lebensende vordergründig ist und nicht die ärztliche moralische Einstellung zu der Maßnahme selbst. Für die vorliegende Arbeit wurden oftmals Teilinformationen extrahiert, aus Studien, deren Fragestellung nicht hinsichtlich eines gesellschaftlichen Meinungsbildes formuliert war,

sondern beispielsweise einen Zusammenhang zwischen Moralvorstellungen und Religiosität suchte.

Einbezogen wurden sämtliche in einer systematischen Recherche der Meta-Datenbank PubMed detektierten Studien, die unter den genannten Kriterien Aufschluss über ärztliche Moral geben.

Methode der Wahl war ein qualitativer Vergleich der vorliegenden Daten. Ausschlaggebende Vorteile dieser Methode sind die Fassbarkeit einer Vielzahl von unterschiedlich generierten und inhaltlich diversen Daten sowie die Möglichkeit durch Kategorisierung ein Indexsystem zu schaffen, in dem gezielt Informationen abrufbar werden.

4. Methodik

Für die Analyse der vorliegenden Studien wurde die Methode des qualitativen Literaturvergleichs gewählt. Diese sogenannte „*narrative synthesis*“ stellt eine textbasierte Vorgehensweise dar, bei der eine systematische Literaturübersicht erstellt wird und daraus erhaltene Erkenntnisse zusammengeführt werden (Popay et al. 2006).

4.1 Recherche und Auswahl der Studien

Nach wissenschaftlichem Standard (Liberati et al. 2009) wurde bei der Recherche stets auf möglichst hohe Treffsicherheit und auf gänzliche Nachvollziehbarkeit sowie Reproduzierbarkeit des Suchprozesses geachtet. Beim Erstellen der systematischen Literaturübersicht lag der Fokus auf der moralischen Einstellung von Ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin aus verschiedenen Kulturkreisen zu Fragestellungen am Lebensende. Orientierungspunkt für jeweilige Kulturkreise stellte zunächst die Angehörigkeit zu verschiedenen Religionen dar. Im Februar und März 2017 wurde daher eine allgemein gehaltene Recherche der Pubmed-Datenbank durchgeführt und nach Sichtung von Titeln und Abstracts relevante Studien zusammengetragen. Bei geringer Trefferquote wurde mit geographischen beziehungsweise ethnischen Begriffen nachrecherchiert. Dieser erste Suchdurchgang erfolgte durch Kombination folgender Index-Begriffe:

"end of life ethics";

("end of life decisions") AND "ethics";

("cultural influence") AND "ethics";

("end of life") AND "religious affiliation";

((("ethics") AND "physicians") AND "christian";

((("ethics") AND "physicians") AND "jewish";

((("ethics") AND "physicians") AND "jew";

((("ethics") AND "physicians") AND "muslim";

((("ethics") AND "physicians") AND "islamic";

((("ethics") AND "physicians") AND "islam";

((("ethics") AND "physicians") AND "arabic";

((("ethics") AND "physicians") AND "hindu";

((("ethics") AND "physicians") AND "india";

((("ethics") AND "physicians") AND "buddhist";
((("ethics") AND "physicians") AND "buddhistic";
((("meta analysis") AND "ethics") AND "end of life".

Aufgrund einer unzureichenden Trefferhöhe und sich gegenüber denjenigen der Pubmed-Datenbank wiederholender Rechercheergebnisse auf anderen Datenbanken (GVK-Plus, BELIT, KVK, ThULB), wurde die Recherche auf die Pubmed-Datenbank beschränkt.

Anschließend erfolgte eine iterative Recherche anhand der jeweiligen Quellenverzeichnisse der ausgewählten Studien, um die Trefferquote zu erhöhen.

Wegen der großen Fallzahl von Studien mit Teilnehmern aus Europa, Kanada und den USA, wurden hiervon nur Studien mit US-amerikanischer Klientel in die Arbeit einbezogen und Arbeiten mit Teilnehmern aus Europa und Kanada sowie weiterhin aus Australien und Neuseeland exkludiert. Es erfolgte eine Festlegung der zu untersuchenden geographischen Areale (Ostasien, Indien, Naher und Mittlerer Osten, Israel, USA, Puerto Rico, Lateinamerika). Ebenso wurde der Publikationszeitraum willkürlich eingegrenzt. So wurden lediglich Studien berücksichtigt, die nach dem 31.12.1999 veröffentlicht worden sind. Auch wurden ausschließlich Arbeiten beachtet, die in englischer Sprache vorlagen.

Es erfolgte eine Exzerption von initial 78 Arbeiten unter Erstellung eines Indexsystems, wodurch ersichtlich wurde, welche spezielle Thematik innerhalb des Themenkomplexes „Maßnahmen am Lebensende“ Forschungsgegenstand der jeweiligen Studien war. Hier war eine Häufung von folgenden Themen ablesbar, welche sich auch in der inhaltlichen Gliederung der vorliegenden Arbeit widerspiegeln: „Therapieverzicht und Therapieentzug“, „Aggressive Analgesie“, „Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)“, „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“, „Sedierung am Lebensende“ und „Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende“. Schwerpunktmäßig im Juni und Juli 2017 wurden diese Themenkomplexe gezielt in der Pubmed-Datenbank nachrecherchiert unter Verwendung der folgenden Index-Begriffe:

zu „Therapieverzicht und Therapieentzug“:

(((((("withhold") OR "withdraw") AND "ethics") AND "physicians") AND "attitude";
(((("withhold") OR "withdraw") AND "ethics") AND "physicians") AND "practice";

zu „Aggressive Analgesie“:

"aggressive analgesia";

"vigorous analgesia";

("double effect") AND "analgesia";

zu „Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)“:

(((((("attitude") OR "practice") AND "euthanasia") AND "physicians") AND "ethics"))) AND "survey");

zu „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“:

((("physician assisted suicide") AND "ethics") AND "physicians")) AND "attitude";

((("physician assisted suicide") AND "ethics") AND "physicians") AND "practice";

zu „Sedierung am Lebensende“:

"terminal sedation";

"palliative sedation";

"continuous deep sedation";

"continuous deep sedation until death";

"continuous sedation until death";

((("sedation") AND "attitude") AND "physicians";

("continuous sedation") AND "end of life";

zu „Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende“:

("truth disclosure") AND "end of life";

Eine Vorauswahl erfolgte wiederum anhand der Überschriften und Abstracts beziehungsweise nach einer kurzen Sichtung der Veröffentlichungen. Während des gesamten Erstellungsprozesses wurden passende Arbeiten, die in bereits vorliegenden Studien zitiert wurden, iterativ nachrecherchiert und gegebenenfalls nach den Veröffentlichungen einzelner Autoren gesucht, falls erkennbar war, dass hier eine inhaltliche Häufung zum Thema vorlag. Während der Nachrecherche erfolgte eine weitere Exzerption und inhaltliche Auswertung analog zum ersten Recherchedurchgang von insgesamt 55 Arbeiten.

Die letzte vollständige Kontrollrecherche, um zwischenzeitlich erschienene Veröffentlichungen zum Thema zu registrieren, fand im Januar 2018 statt. Für die vorliegende Arbeit wurden Studien erfasst, die im Zeitraum vom einschließlich 01.01.2000 bis zum einschließlich 31.12.2017 (online) veröffentlicht worden sind. Letztlich wurden von den 133 Studien der Vorauswahl 84 Studien in den qualitativen Vergleich aufgenommen.

4.2 Einschlusskriterien

Um eine Vergleichbarkeit der Daten herzustellen wurden Kriterien zur Aufnahme in die vorliegende Arbeit erstellt, die im Folgenden im Detail erläutert werden.

Sämtliche Studien sollten Aufschluss über moralische Gesinnung von ausschließlich aus Ärzten und/oder Studierenden der Humanmedizin bestehenden Gruppen geben. Therapeutische Vorgehensweisen und Fachmeinungen standen hierbei nicht im Vordergrund. Es wurden sowohl Studien berücksichtigt, die auf der quantitativen oder qualitativen Auswertung von Aussagen dieser Klientel beruhen, als auch Studien, die auf der quantitativen Auswertung von medizinischen Daten von Patienten beruhen, falls diese Aufschluss über ärztliches Handeln geben. Dementsprechend wurden nicht primär die jeweiligen Zielsetzungen der untersuchten Studien beachtet, sondern eklektizistisch Informationen extrahiert, sofern dies möglich war. Es wurden auch Studien mit einbezogen, wenn kein vollständiger Artikel, sondern lediglich ein Abstract vorlag, was allerdings in jedem Fall gekennzeichnet wurde.

Weitere allgemeine Einschlusskriterien: (Online-)Veröffentlichung nach dem 31.12.1999 und vor dem 01.01.2018; Aussagekraft hinsichtlich einer moralischen Gesinnung vorhanden; inhaltlich scharfe Trennung der einzelnen Prozeduren am Lebensende (z.B. Tötung auf Verlangen vs. Beihilfe zur Selbsttötung); keine ethnischen Oversamples bei der Auswahl der im Fokus stehenden Klientel; Studienklientel nicht ausschließlich Fachärzte für Kinderheilkunde und/oder Neonatologie; Studiengegenstand ausschließlich Aussagen von Ärzten bzw. Studierenden der Humanmedizin beziehungsweise medizinische Daten; Studien ohne inhärenten Widerspruch (Ausnahme: Widersprüche bei der Anteilsberechnung, cf. Kapitel 4.3.2.1); Wirkungsort der Studienklientel innerhalb der festgelegten geographischen Areale (cf. Kapitel 4.3.1); Einschluss von Studien mit internationaler Klientel nur, falls kongruent mit der für die vorliegende Arbeit festgelegten Einteilung der zu vergleichenden geographischen Areale.

Falls in einer Veröffentlichung ausdrücklich auf zusätzliche, dieselbe Studie betreffende und im Internet zugängliche Informationen hingewiesen wurde, wurden diese zusätzlichen Informationen inkludiert. Studien, die lediglich eine Analyse von Teilgruppen anderer Veröffentlichungen durchführten ohne zusätzliche, für vorliegende Arbeit relevante Informationen zu liefern, wurden nicht in die vorliegende Arbeit aufgenommen.

Spezielle Einschlusskriterien für Studien, die auf der qualitativen Auswertung von Aussagen beruhen: Veröffentlichung zeigt Aussagen, die für die geographische Region oder die ethnische Gruppierung der Studienklientel spezifische Informationen enthalten und somit nicht direkt verallgemeinerbar sind.

4.3 Auswertung der Studien

4.3.1 Kategorisierung

Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse herzustellen, wurden bei allen Studien, soweit möglich, bestimmte Eckdaten zur Untersuchungszeit, zur Studienklientel, zu Qualitätsmerkmalen sowie zur geographischen und inhaltlichen Einordnung erfasst.

4.3.1.1 Erfasste Parameter (falls möglich)

- Angaben zur Untersuchungszeit: Genauigkeit Jahr;
- Angaben zum Studiendesign: Differenzierung auf Aussagen beruhender Analysen (z.B. Fragebogen, Interview) und auf patientenbezogenen Daten beruhender Analysen (med. Daten) sowie Differenzierung quantitative und qualitative Auswertung sowie Differenzierung prospektiv und retrospektiv gewonnener Information;
- Angaben zur Studienklientel: Differenzierung in studentische und ärztliche Teilnehmer, hier Angaben zur Profession, falls diesbezüglich homogene Teilnehmergruppen; bei Patienten Angaben zu Einschlusskriterien in die jeweilige Untersuchung;
- Angaben zu Qualitätsmerkmalen: Teilnehmerzahl (n) sowie Rücklauf (%);
- Angaben zur geographischen Einordnung: willkürlich festgelegter Kulturkreis, Nationalstaat, Bundesstaat/Präfektur/Stadt;
- Angaben zum Inhalt: Therapieverzicht und/oder Therapieentzug; Aggressive Analgesie; willkürliche Tötung (auf Verlangen); ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung; Sedierung am Lebensende; Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende;

4.3.1.2 Kommentar zur geographischen Einteilung

Es wurden willkürlich geographische Areale festgelegt, die internationalen Kulturkreisen entsprechen sollen. Als größtes Raster zur Einteilung des Wirkungsorts der Studienklientel diente hierbei der Nationalstaat. Dies stellt explizit keine politische Kategorisierung dar,

sondern dient vornehmlich der geographischen Einordnung. Hongkong und Republik China (Taiwan) wurden gesondert vom Rest der Volksrepublik China betrachtet. Israel wurde gesondert vom übrigen Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens betrachtet und Puerto Rico gesondert von den USA und von Lateinamerika. Falls Teilnehmer einer nationalen Organisation (z.B. Japanische Gesellschaft für Palliativmedizin) Studienklientel waren, wurden diese als an entsprechendem Ort tätige Teilnehmer gewertet, auch wenn die Möglichkeit einer internationalen Mitgliedschaft bestand.

Als zu vergleichende Kulturkreise wurden festgelegt:

- Ostasien (Bangladesch, China, Hongkong, Indonesien, Japan, Malaysia, Philippinen, Singapur, Südkorea, Taiwan, Thailand, Vietnam)
- Indien
- Naher und Mittlerer Osten (Ägypten, Iran, Jordanien, Kuwait, Libanon, Pakistan, Saudi-Arabien, Türkei)
- Israel
- USA
- Puerto Rico
- Lateinamerika (Argentinien, Brasilien, Mexiko)

4.3.2 Darstellung der Studienergebnisse

Die Studienergebnisse wurden nach oben genannten Kriterien für jeden einzelnen Nationalstaat gesondert dargestellt. Formulierungen wurden so genau wie möglich ins Deutsche übersetzt und beibehalten. Prozentzahlen wurden auf Zahlen ohne Nachkommastelle gerundet. Anteile und Rücklauf wurden falls möglich nachberechnet.

4.3.2.1 Kommentar zur Korrektur von Ergebnissen

Bei widersprüchlichen Angaben zu Teilnehmeranteilen wurde die Prozentzahl korrigiert. Entsprechend wurde mit Angaben zum Rücklauf verfahren. Bei anderen inhärenten Widersprüchen erfolgte die Exklusion betreffender Studien.

4.3.3 Durchführung des qualitativen Vergleichs

Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen erfolgte bei der Durchführung des qualitativen Vergleichs der Studienergebnisse eine weitere Kategorisierung. So wurden Studien mit einer Teilnehmerzahl von $n \geq 50$ und gleichzeitig einem Rücklauf von $\geq 60\%$, die als vollständige Veröffentlichung vorlagen, als Studien mit guten Qualitätsmerkmalen bezeichnet, wohingegen die Qualitätsmerkmale sämtlicher anderen Studien als schlecht bezeichnet wurden. Diese dichotome Einteilung gibt hierbei keinerlei Aufschluss über die objektive Qualität der betreffenden Studien, sondern lediglich über die Verwertbarkeit beim qualitativen Vergleich in vorliegender Untersuchung. Angaben zu Anteilen wurden auf 5% ohne Nachkommastelle gerundet, dies wurde allerdings stets durch ein Adverb wie „etwa“ gekennzeichnet. Des Weiteren erfolgte eine willkürliche inhaltliche Wertung der Studienergebnisse, insofern als auch Ergebnisse, die mit Items zu Fallbeispielen generiert worden sind, falls zutreffend erscheinend als Ergebnisse bezeichnet wurden, die Aufschluss über eine grundlegende moralische Einstellung geben.

In der vergleichenden Darstellung der Kulturkreise erfolgten zuerst Angaben zu Anzahl, Design und geographischer Einordnung der untersuchten Studien. Im Folgenden wurden die Studienergebnisse inhaltlich strukturiert für jeden Kulturkreis gesondert zusammengeführt, wobei zunächst Studien mit guten Qualitätsmerkmalen beleuchtet wurden und anschließend abweichende Ergebnisse von Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen dem Vergleich zugeführt wurden.

Schließlich wurden vornehmlich die belastbaren Ergebnisse in einer Zusammenschau dargestellt und auf diese Weise mögliche inhaltliche Tendenzen und Unterschiede zwischen den untersuchten Kulturkreisen herausgearbeitet.

4.4 Begriffserklärungen

Therapieverzicht und Therapieentzug:

In vorliegender Arbeit sind hiermit stets lebenserhaltende Therapiemaßnahmen gemeint. Therapieverzicht bezeichnet einen Verzicht auf Initiierung lebenserhaltender Therapiemaßnahmen und Therapieentzug bezeichnet einen späteren Abbruch bereits

begonnener lebenserhaltender Therapiemaßnahmen. Ein derartiger Therapieentzug wird auch als *passive Sterbehilfe* bezeichnet, allerdings werden im aktuellen Sprachgebrauch Therapieverzicht und Therapieentzug in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen vermehrt unter der Begrifflichkeit eines *Sterbenlassens* zusammengeführt.

Aggressive Analgesie:

Mit der Praktik einer Aggressiven Analgesie wird in vorliegender Arbeit eine Therapiemaßnahme benannt, bei der mit dem Ziel einer Schmerzkontrolle auch die therapieassoziierte Komplikation einer Verkürzung des Sterbeprozesses anerkannt und akzeptiert wird. Die Verkürzung des Sterbeprozesses ist hierbei in keinem Fall intendiert, sondern wird als Nebeneffekt der als notwendig befundenen Schmerzbehandlung lediglich in Kauf genommen. Derartige Therapiemaßnahmen mit bekanntem Doppeleffekt und Todesfolge werden auch als *indirekte Sterbehilfe* bezeichnet.

Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen):

Dies bezeichnet eine willentliche und bewusst intendierte Tötung von Patienten. Diese Tötung kann auf explizites Verlangen des Patienten durchgeführt werden, allerdings auch ohne dieses. Der Terminus *aktive Sterbehilfe* bezeichnet vorsätzliche Tötungen.

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung:

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung liegt vor, wenn Selbsttötungen von Patienten durch ihre Ärzte geplant, unterstützt oder erleichtert werden, wenn explizit zur Selbsttötung zu verwendende Mittel durch Ärzte bereitgestellt werden oder eine entsprechende Beratung durch diese erfolgt.

Sedierung am Lebensende:

Gemeint ist hiermit eine Sedierung, die am Lebensende von Patienten durchgeführt wird, meist wegen unerträglicher und mit anderen Mitteln nicht kontrollierbarer physischer oder psychischer Beschwerden. Sie ist ausdrücklich von der Praktik einer palliativen Sedierung zu unterscheiden, da palliative Sedierungen zwar aus ähnlichen Gründen, allerdings nicht zwingend am Lebensende durchgeführt werden.

Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende:

Dies bezeichnet in vorliegender Arbeit eine entsprechende Aufklärung von Patienten, allerdings nicht primär von Patientenangehörigen oder anderen Personen. Hierbei ist wiederum maßgeblich, dass eine Situation am Lebensende vorliegt. Voraussetzung für eine Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende ist somit in jedem Fall der voraussichtlich bevorstehende Tod eines Patienten sowie in Hinblick auf die Übermittlung der Diagnose eine bekannte zum bevorstehenden Tod des Patienten führende Erkrankung.

4.5 Kommentar zur Verwendung des männlichen Geschlechts

In der vorliegenden Arbeit wurde bei der Bezeichnung von Personen meist das generische Maskulinum genutzt. Dies geschah ausdrücklich nicht aus sexistischen Gründen, sondern diente vor allem der Lesbarkeit des vorliegenden Textes. Gemeint ist hierbei stets eine Gesamtheit von weiblichen und männlichen Menschen sowie von Menschen, die keinem oder nicht gänzlich einem der beiden Geschlechter angehören.

5. Ergebnisse

5.1 Der Arbeit zugeführte Studien

Tabelle 1: Der Arbeit zugeführte Veröffentlichungen

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Abu-Saad Huijer und Dimassi 2007	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 13%; n = 240	Naher und Mittlerer Osten: Libanon	Diagnose/ Prognose 5.7
Aita et al. 2007	T: 2004 D: Interview, qualitativ K: Ärzte Q: n = 30	Ostasien: Japan: hauptsächlich Tokioter Metropolregion	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Aita et al. 2008	T: 2004 D: Interview, qualitativ K: Ärzte Q: n = 27	Ostasien: Japan: hauptsächlich Tokioter Metropolregion und einige ländliche Gebiete	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Alvarez-Del-Rio et al. 2013	T: 2011 – 2012 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 99%; n = 413	Lateinamerika: Mexiko: Mexiko-Stadt	Diagnose/ Prognose 5.7
Asai et al. 2001	T: 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Palliativmedizin Q: R = 57%; n = 366	Ostasien: Japan	Tötung 5.4
Azoulay et al. 2016	T: 2012 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv in ein Hospiz verlegte Patienten Q: n = 179	Israel: Jerusalem	Sedierung 5.6
Ben Natan et al. 2009	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = unbek.; n \geq 91	Israel	Diagnose/ Prognose 5.7
Bito und Asai 2007	T: 2005 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Q: R = unbek.; n = 304	Ostasien: Japan	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Bruera et al. 2000	T: 1998 D: Fragebogen; quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Palliativmedizin, Q: R = 100%; n = 29	Lateinamerika: Argentinien und Brasilien	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Diagnose/ Prognose 5.7
Buken und Balseven-Odabasi 2013	T: 2007 – 2008 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 14%; n = 4084	Naher und Mittlerer Osten: Türkei	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Selbsttötung 5.5; Diagnose/ Prognose 5.7
Carmel et al. 2007	T: 1997 – 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: jüdische Ärzte Q: R = 72%; n = 443	Israel: Lage der vier Kranken- häuser: nördlich (1), zentral (2), südlich (1)	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Cavalieri et al. 2002	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Osteopathie Ärzte Q: R = 35%; n = 1028	USA	Selbsttötung 5.5
Chao 2002 [Abstract]	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 17%; n = 1328	Ostasien: Taiwan	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Chiu et al. 2001	T: 1998 – 1999 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: konsekutiv auf eine Palliativstation verlegte Patienten Q: n = 276	Ostasien: Taiwan: Taipeh	Sedierung 5.6
Chong und Fok 2005	T: unbek. D: Fragebogen; quantitativ K: Ärzte Q: R = 25%; n = 1197	Ostasien: Hongkong	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4
Chung et al. 2016 [Abstract]	T: 2010 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 61%; n = 1156	USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Cobanoglu und Algier 2004	T: unbek. D: Interview, qualitativ, K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: n = 21	Naher und Mittlerer Osten: Türkei: Ankara, eine weitere Metropole und ein urbaner Erholungsort	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Cowan et al. 2006	T: 2000 – 2003 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: konsekutive Patienten eines ambulanten Palliativteams Q: n = 1200	USA: Tennessee: Maryville	Sedierung 5.6
Craig et al. 2007	T: 2003 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 48%; n = 1052	USA: Vermont	Selbsttötung 5.5
Curlin et al. 2008	T: 2003 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 63%; n = 1144	USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Selbsttötung 5.5; Sedierung 5.6
Dickenson 2000	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, differenziert in internistisch (n = 369), chirurgisch (n = 174) und Ärzte in Weiter- bildung (n = 144) Q: R = 100%, Teilnahme nicht optional; n = s.o.	USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Aggressive Analgesie 5.3; Diagnose/ Prognose 5.7
Einav et al. 2004	T: unbek. D: anonyme Abstimmung, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Innere Medizin Q: R = 93%; n = 79	Israel: Metropolregion Jerusalem	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Elsayem et al. 2009	T: 2004 – 2005 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv auf eine Palliativstation verlegte Patienten Q: n = 1207	USA: Texas: Houston	Sedierung 5.6
Emanuel et al. 2000	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Onkologie: internistisch (n = 2501), chirurgisch (n = 239), radioonkolog. (n = 331) R: unbek.	USA	Tötung 5.4 Selbsttötung 5.5
Essinger 2003	T: 2000 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 34%; n = 365	USA: Tennessee	Tötung 5.4 Selbsttötung 5.5

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Fainsinger et al. 2000	T: unbek. D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: konsekutiv auf einer Palliativstation verstor- bene Patienten Q: n = 100	Israel: Ramat Gan	Sedierung 5.6
Fallahi et al. 2016	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 75%; n = 168	Naher und Mittlerer Osten: Iran: Kermānschāh	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Forte et al. 2012	T: 2009 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte (ITS-Personal) Q: R = 89%; n = 105	Lateinamerika: Brasilien	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Gabbay et al. 2005	T: 2003 – 2004 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte in Weiterbildung; Japan: Fachbereich Allgemeinmedizin; USA: Fachbereich Innere Medizin, Q: Japan: R = 74%; n = 244 USA: R = 71%; n = 103	Ostasien: Japan: Asahi, Iizuka, Okinawa (Präfektur), Tokio, Tsukuba USA: Kalifornien: Los Angeles	Diagnose/ Prognose 5.7
Ganz et al. 2006	T: 1999 – 2000 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: ITS (n = 3) Patienten, konsekutiv verstorben oder mit Therapielimitierung Q: n = 363	Israel	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Ganzini et al. 2001	T: 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 66%; n = 2641	USA: Oregon	Selbsttötung 5.5
Ghajarzadeh et al. 2013	T: 2012 – 2013 D: Fragebogen, quantitativ K: Medizinstudenten bzw. Ärzte in Weiterbildung Q: R = 84%; n = 185	Naher und Mittlerer Osten: Iran: Teheran	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Gielen et al. 2011	T: 2008 D: Interview, qualitativ K: Ärzte, Fachbereich Palliativmedizin Q: n = 14	Indien: Neu-Delhi	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Gruber et al. 2008	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Medizinstudenten Q: R = unbek.; n = 312	Ostasien: Hongkong	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4; Diagnose/ Prognose 5.7
Gu et al. 2015	T: 2007 – 2011 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv auf einer onkologischen Pallia- tivstation verstorbene Patienten Q: n = 244	Ostasien: China: Shanghai	Sedierung 5.6
Gu und Cheng 2016	T: 2014 – 2015 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Onkologie Q: R = 95%; n=138	Ostasien: China, 63% Shanghai	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2;
Hamano et al. 2018; Online- Publikation: 24.10.2017	T: 2016 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Spezialisten für Palliativmedizin Q: R = 63%; n = 440	Ostasien: Japan	Tötung 5.4 Sedierung 5.6
Holley et al. 2007	T: 2005 D: Fragebogen, quantitativ K: Nephrologen Q: R = 12%; n = 296	USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Huang et al. 2015	T: 2010 – 2011 D: Fragebogen, quantitativ K: Hausärzte Q: R = 89%; n = 177	Ostasien: Taiwan	Diagnose/ Prognose 5.7
Imai et al. 2018; Online- Publikation: 16.12.2017	T: 2015 – 2017 D: med. Daten, quantitativ, retrospektive Analyse prospektiv gesammelter Daten K: konsekutiv auf einer Palliativstation ver- storbene Patienten Q: n = 398	Ostasien: Japan: Hamamatsu	Sedierung 5.6
Iyilikci et al. 2004	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Anästhesisten Q: R = 84%; n = 369	Naher und Mittlerer Osten: Türkei	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Jakobson et al. 2004	T: 1998 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: Patienten einer ITS, konsekutiv verstorben oder mit Therapielimitierung Q: n = 77	Israel	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Jiang et al. 2006	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Onkologie Q: R = 91%; n = 232	Ostasien: China	Diagnose/ Prognose 5.7
Kaldjian et al. 2004a	T: 2000 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte in Weiterbildung, Fachbereich Innere Medizin Q: R = 97%; n = 236	USA: Connecticut	Aggressive Analgesie 5.3; Selbsttötung 5.5; Sedierung 5.6
Kaldjian et al. 2004b	T: 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: Internisten Q: R = 47%; n = 677	USA: Connecticut	Aggressive Analgesie 5.3; Selbsttötung 5.5; Sedierung 5.6
Kapadia et al. 2005	T: 2002 – 2004 D: med. Daten, quantitativ, Review von prospektiv gesammelten Daten K: auf vier ITS konsekutiv verstorbene Patienten Q: n = 143	Indien: Mumbai	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Kersh et al. 2000	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 34%; n = 191	USA: New Jersey	Selbsttötung 5.5
Kohara et al. 2005	T: 1999 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv auf eine Palliativstation verlegte Patienten Q: n = 124	Ostasien: Japan: Yamaguchi (Präfektur)	Sedierung 5.6
Lam et al. 2015	T: 2004; 2008 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: 2004: R = 50%; n= 60 2008: R = 38%; n= 46	Ostasien: Hongkong	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Lamont und Christakis 2001	T: 1996 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: in ambulante Hospiz- programme (n = 5) aufgenommene Patienten mit Krebserkrankung Q: R = 73%; n = 300	USA: Illinois: Chicago	Diagnose/ Prognose 5.7
Lux et al. 2017	T: 2010 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Palliativmedizin Q: R = 12%; n = 381	USA	Sedierung 5.6
Malhotra et al. 2015	T: 2013 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = unbek.; n = 285	Ostasien: Singapur	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Aggressive Analgesie 5.3
Mani et al. 2009	T: 2006 – 2007 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv auf einer chirurgischen ITS verstorbene Patienten Q: n = 88	Indien: Neu-Delhi	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Mobeireek et al. 2008	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = unbek.; n = 321	Naher und Mittlerer Osten: Saudi-Arabien	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Selbsttötung 5.5; Diagnose/ Prognose 5.7
Mohamed et al. 2012	T: 2009 – 2010 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte in Weiterbildung Q: R = 50%; n = 128	Naher und Mittlerer Osten: Ägypten: Alexandria	Selbsttötung 5.5
Mohamed et al. 2016	T: 2015 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte in der Weiterbildung Q: R = 71%; n = 120	Indien: Kochi	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Morita et al. 2002	T: 2000 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Onkologie/Palliativ- medizin Q: R = 50%; n = 697	Ostasien: Japan	Sedierung 5.6

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Morita 2004a	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: verantwortliche Ärzte an zertifizierten Palliativstationen Q: R = 77%; n = 81	Ostasien: Japan: alle zertifizierten Palliativstationen	Sedierung 5.6
Morita 2004b	T: 2003 D: Fragebogen, quantitativ K: verantwortliche Ärzte an zertifizierten Palliativstationen Q: R = 77%; n = 81	Ostasien: Japan: alle zertifizierten Palliativstationen	Sedierung 5.6
Obeidat und Khrais 2016	T: 2014 – 2015 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Onkologie Q: R = 71%; n = 86	Naher und Mittlerer Osten: Jordanien	Diagnose/ Prognose 5.8
Phua et al. 2011	T: 2007 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: konsekutiv in einem Krankenhaus verstorbene, aber nicht auf ITS verstorbene Patienten Q: n = 683	Ostasien: Singapur	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Sedierung 5.6

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Phua et al. 2015	T: 2012 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: R = 60%; n = 1465	Ostasien: Bangladesch (R = 94%; n = 103); China (R = 56%; n = 195); Hongkong (R = 54%; n = 45); Indonesien (R = 50%; n = 51); Japan (R = 66%; n = 224); Malaysia (R = 74%; n = 104); Philippinen (R = 13%; n = 22); Singapur (R = 54%; n = 49); Südkorea (R = 70%; n = 186); Taiwan (R = 27%; n = 35); Thailand (R = 34%; n = 24); Vietnam (R = 99%; n = 112); Indien (R = 86%; n = 176); Nahe und Mittlerer Osten: Iran (R = 66%; n = 31); Pakistan (R = 64%; n = 29); Saudi-Arabien (R = 41%; n = 79)	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4
Pomerantz et al. 2004	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 23%; n = 135	USA: New Jersey	Tötung 5.4; Sedierung 5.6
Qasem et al. 2002 [Abstract]	T: unbek. D: Befragung, quantitativ K: Ärzte Q: R = unbek.; n = 217	Nahe und Mittlerer Osten: Kuwait	Diagnose/ Prognose 5.7

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Ramirez Rivera et al. 2000 [Abstract]	T: 1996 D: Fragebogen, quantitativ K: Medizinstudenten (n= 279), Ärzte in Weiterbildung (n = 75), Internisten (n = 35) Q: R = unbek.; n = s.o.	Puerto Rico: Lage der Krankenhäuser: nördlich, südlich, südwestlich	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2 Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Selbsttötung 5.5
Ramirez-Rivera et al. 2006	T: 2004 D: Fragebogen, quantitativ K: Medizinstudenten (n = 152), Ärzte in Weiterbildung Fachbereich Innere Medizin (n = 62), Ärzte (Fakultäts- mitglieder) (n = 84) Q: R = unbek.; n = s.o.	Puerto Rico: Bayamón, Ponce, San Germán, San Juan	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2 Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Selbsttötung 5.5
Ratanakaew et al. 2015	T: 2014 – 2015 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich gynäkologische Onkologie Q: R = 67%; n = 170	Ostasien: Thailand	Diagnose/ Prognose 5.7
Ruhnke et al. 2000	T: Japan:1992 USA: 1992 – 1993 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: Japan: R = 68%; n = 273 USA: R = 82%; n = 98	Ostasien: Japan: zur Teilnahme eingeladen: 322 Ärzte aus Tokio 78 Ärzte aus Okinawa (Präfektur) USA: Staaten im Westen der USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Selbsttötung 5.5; Diagnose/ Prognose 5.7
Russel et al. 2010	T: 2007 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Neurologie Q: R = 74%; n = 111	USA	Sedierung 5.6
Salahuddin et al. 2008	T: 2006 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: R = >60%; n = 100	Naher und Mittlerer Osten: Pakistan: Karatschi	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Sittisombut et al. 2009	T: unbek. D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte in Weiterbildung, Ärzte (Fakultäts- mitglieder) R: Ärzte in Weiterbildung: R = 50%; n = 31; Fakultätsmitglieder: R = 73%; n = 24	Ostasien: Thailand: Chiang Mai	Diagnose/ Prognose 5.7
Soudry et al. 2003	T: 1994 – 1996 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: R = 45%; n = 43	Israel	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Steinhauser et al. 2000	T: 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte; Fachbereich Innere Medizin Q: R = 74%; n = 361	USA	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Diagnose/ Prognose 5.7
Thomas et al. 2014	T: Ärzte: 2010; Ärzte in Weiterbildung: 2011 D: Fragebogen, quantitativ K: Fachbereich Innere Medizin: Ärzte, Ärzte in Weiterbildung R: Ärzte: R = 48%; n = 191; Ärzte in Weiterbildung: R = 69%; n = 240	USA: Connecticut	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2 Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Selbsttötung 5.5
Türker et al. 2014	T: 2009 – 2013 D: med. Daten, quantitativ, retrospektiv K: im Krankenhaus (n = 8) verstorbene Patienten mit terminaler Krebserkrankung Q: n = 624	Naher und Mittlerer Osten: Türkei: Ankara, Adana, Antalya, Mersin	Sedierung 5.6
Vilela und Caramelli 2009	T: unbek. D: Interview, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Neurologie Q: R = unbek.; n = 30	Lateinamerika: Brasilien: São Paulo	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4
Weng et al. 2011	T: 2008 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: R = 59%; n = 315	Ostasien: China	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4

Autoren und Erscheinungsjahr	Untersuchungsjahr (T) Studiendesign (D) Studienklientel (K) Qualitätsmerkmale (Q): Rücklauf (R) Teilnehmeranzahl (n)	Geographische Einordnung	Kapitel
Wenger und Carmel 2004	T: 1997 – 1999 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 72%; n = 443	Israel	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2 Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Diagnose/ Prognose 5.8
Whitney et al. 2001	T: 1997 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte Q: R = 71%; n = 658	USA	Selbsttötung 5.5
Willems et al. 2000	T: 1995 D: Interview, quantitativ K: Onkologen (n = 56), Internisten (n = 46), Hausärzte (n = 50) Q: R = 80%; n = 152	USA: Oregon	Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Selbsttötung 5.5
Yaguchi et al. 2005	T: 2003 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: Japan: R = 81%; n = 74; Türkei: R = 47%; n = 27; USA: R = 66%; n = 199; Brasilien: R = 70%; n = 39	Ostasien: Japan Naher und Mittlerer Osten: Türkei USA Lateinamerika: Brasilien	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Yap et al. 2004	T: 2000 D: Fragebogen, quantitativ K: Ärzte, Fachbereich Intensivmedizin Q: R = 68%; n = 65	Ostasien: Hongkong	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2; Tötung 5.4
Yazigi et al. 2005	T: 2003 – 2004 D: med. Daten, quantitativ, prospektiv K: konsekutiv auf einer ITS verstorbene Patienten Q: n = 94	Naher und Mittlerer Osten: Libanon: Beirut	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2
Yun et al. 2011	T: 2008 – 2009 D: Fragebogen, quantitativ K: Onkologen Q: R = 81%, n = 303	Ostasien: Südkorea	Therapieverzicht/ Therapieentzug 5.2 Aggressive Analgesie 5.3; Tötung 5.4; Selbsttötung 5.5

Tabelle 2: Anzahl der untersuchten Veröffentlichungen in Hinblick auf geographischen Wirkungsort der Teilnehmer, Thematik und Studiendesign; „quantitativ“ und „qualitativ“ bezeichnen Studien, die auf Aussagen beruhen.

Thema	Design	Ostasien	Indien	Naher und Mittlerer Osten	Israel	USA	Puerto Rico	Lateinamerika
Therapieverzicht/ Therapieentzug	quantitativ:	13	2	8	4	8	2	4
	qualitativ:	2	1	1	-	-	-	-
	medizinische Daten:	1	2	1	2	-	-	-
Aggressive Analgesie	quantitativ:	2	-	-	1	5	2	-
	qualitativ:	-	-	-	-	-	-	-
	medizinische Daten:	-	-	-	-	-	-	-
Vorsätzliche Tötung	quantitativ:	8	1	2	1	5	2	1
	qualitativ:	-	-	-	-	-	-	-
	medizinische Daten:	-	-	-	-	-	-	-
Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung	quantitativ:	2	-	3	-	13	2	-
	qualitativ:	-	-	-	-	-	-	-
	medizinische Daten:	-	-	-	-	-	-	-
Sedierung am Lebensende	quantitativ:	4	-	-	-	6	-	-
	qualitativ:	-	-	-	-	-	-	-
	medizinische Daten:	5	-	1	2	2	-	-
Offenlegung von Prognose/Diagnose am Lebensende	quantitativ:	7	-	5	2	4	-	2
	qualitativ:	-	-	-	-	-	-	-
	medizinische Daten:	-	-	-	-	1	-	-

Tabelle 3: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Therapieverzicht und Therapieentzug“

Thema: Therapieverzicht und Therapieentzug				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Ruhnke et al. 2000 Yap et al. 2004 Yaguchi et al. 2005 Yun et al. 2011 Phua et al. 2015 Gu und Cheng 2016	Chao 2002 [Abstract] Chong und Fok 2005 Bito und Asai 2007 Gruber et al. 2008 Weng et al. 2011 Lam et al. 2015 Malhotra et al. 2015 Phua et al. 2015	Aita et al. 2007 Aita et al. 2008	Phua et al. 2011
Indien	Phua et al. 2015 Mohamed et al. 2016		Gielen et al. 2011	Kapadia et al. 2005 Mani et al. 2009
Naher und Mittlerer Osten	Iyilikci et al. 2004 Salahuddin et al. 2008 Ghajarzadeh et al. 2013 Fallahi et al. 2016	Yaguchi et al. 2005 Mobeireek et al. 2008 Bukun und B. 2013 Phua et al. 2015	Cobanoglu und Algier 2004	Yazigi et al. 2005
Israel	Einav et al. 2004 Wenger und Carmel 2004 Carmel et al. 2007	Soudry et al. 2003		Jakobson et al. 2004 Ganz et al. 2006
USA	Dickenson 2000 Ruhnke et al. 2000 Steinhauser et al. 2000 Yaguchi et al. 2005 Curlin et al. 2008 Thomas et al. 2014	Holley et al. 2007 Chung et al. 2016 [Abstract] Thomas et al. 2014		
Puerto Rico		Ramirez R. 2000 [Abstract] Ramirez-Rivera et al. 2006		
Lateinamerika	Forte et al. 2012	Bruera et al. 2000 Yaguchi et al. 2005 Vilela und Caramelli 2009		

5.2 Therapieverzicht und Therapieentzug

5.2.1 Therapieverzicht/Therapieentzug in Ostasien

Bangladesch: Im Jahr 2012 wurde eine Studie mit Teilnehmern aus einer Vielzahl asiatischer Länder durchgeführt. In einem Fallbeispiel wurde eine Patientin mit schwerwiegender postischämischer Enzephalopathie vorgestellt, deren Prognose laut fachkundiger Beurteilung bestenfalls darin bestünde, im Wachkoma zu verbleiben. Hier gaben 72% der teilnehmenden Ärzte aus Bangladesch an, dass sie im Fall eines weiteren Herzstillstandes mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen anwenden würden. Sollte es bei dieser Patientin zu Pneumonie und septischem Schock kommen, hätten ebenfalls 72% die Beatmung beibehalten und mit Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebensverlängernde Therapie gewählt. 46% der bangladeschischen Teilnehmer waren der Meinung, dass auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende üblicherweise verzichtet werden könne, und 41% gaben an, dass eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie am Lebensende üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben zwischen 40% und 50% der bangladeschischen Teilnehmer an, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und etwa 10% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 86% der bangladeschischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. (R = 94%; n = 103) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

China: Im Jahr 2008 wurde eine Untersuchung von ärztlichen Aussagen durchgeführt, die zum großen Teil auf dem Fragebogen der Studie von Yap et al. aus dem Jahr 2004 (cf. Hongkong) beruht. Die Teilnehmer der im Jahr 2008 durchgeführten Studie waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätige Ärzte, die mittels Schneeballmethode in 21 der 31 Regionen Chinas identifiziert worden sind. Etwa 94% dieser Teilnehmer wiesen darauf hin, dass Therapieverzicht/Therapieentzug akzeptabel seien. Von 309 Teilnehmern äußerten weniger als die Hälfte, dass sie DNR-Anordnungen im eigenen ärztlichen Handeln anwenden würden (133/309 = 43%: schriftlich; 10/309 = 3%: mündlich), wohingegen 166 Teilnehmer (54%) angaben, diese nicht anzuwenden. 53% äußerten die Ansicht, dass DNR-Anordnungen

nicht angewendet werden sollten (Die Gesamtanzahl der Teilnehmer, die diese Frage beantwortet hatten, wurde nicht explizit angegeben). 80 von 310 Teilnehmern (26%) äußerten, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen gleichartig seien, und 230 von 310 Teilnehmern (74%) sahen einen ethischen Unterschied zwischen den beiden Maßnahmen. Auf das eigene ärztliche Handeln bezogen, gaben 168 von 311 Teilnehmern (54%) an, bei terminal erkrankten Patienten Therapieverzicht durchzuführen, und 99 von 311 Teilnehmern (32%) gaben dies für Therapieentzug an. In einem Fallbeispiel wurde ein 50-jähriger Patient vorgestellt, der seit vielen Jahren an COPD leidend und aufgrund dessen schon mehrmals anhaltend beatmungspflichtig geworden sei. Nach einem weiteren Atemstillstand mit kombiniertem Herzversagen sei der Patient nun seit 72 Stunden tief komatös und benötige weiterhin künstliche Beatmung. Falls keine Patientenangehörigen vorhanden wären, sprachen sich 134 von nachrechnerisch 285 Teilnehmern (47%) für eine Fortführung der Therapie (mit oder ohne CPR) aus. 123 von nachrechnerisch 293 Teilnehmern (42%) sprachen sich unter diesen Umständen für einen Verzicht auf weitere Therapiemaßnahmen aus und 11 von nachrechnerisch 275 Teilnehmern (4%) für einen Entzug bereits begonnener lebenserhaltender Maßnahmen. Die von Item zu Item wechselnde Teilnehmerzahl sowie fehlende Angaben hierzu relativieren die angegebenen Qualitätsmerkmale dieser Studie. (R = 59%; n = 315) (Weng et al. 2011)

An der im Jahr 2012 durchgeführten Untersuchung von Phua et al. nahm auch eine Teilgruppe chinesischer Ärzte teil. 53% dieser in der Intensivmedizin tätigen Ärzte gaben an, sie würden bei der genannten komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen anwenden, sollte ein erneuter Herzstillstand auftreten. Falls die Patientin zudem Pneumonie und septischen Schock entwickeln sollte, wählten die meisten chinesischen Teilnehmer mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie (87%). 61% der chinesischen Teilnehmer äußerten die Meinung, dass am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne, und 42% äußerten die Meinung, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Hinblick auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben wenig über 50% der chinesischen Teilnehmer an, oft oder fast immer initial auf lebenserhaltende Therapien zu verzichten, und etwa 20% äußerten, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 80% der chinesischen Teilnehmer gaben an, dass Therapieverzicht

und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. (R = 56%; n = 195) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Bei einer Untersuchung, die in den Jahren 2014 und 2015 im Fachbereich der Onkologie durchgeführt wurde, gaben 54% der teilnehmenden chinesischen Ärzte an, dass man dem Wunsch eines Patienten nach Therapieverzicht/Therapieentzug entsprechen sollte. 34% widersprachen der Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation bei einem terminal erkrankten Krebspatienten. (R = 95%; n=138) (Gu und Cheng 2016)

Hongkong: Im Jahr 2000, im Rahmen einer im Fachbereich der Intensivmedizin durchgeführten Studie, gaben die meisten Teilnehmer aus Hongkong an, dass sie bei Patienten ohne Chance auf Genesung manchmal bis oft einen Therapieverzicht oder einen Therapieentzug durchführten (99% respektive 89%). In einem Fallbeispiel wurde ein 50-jähriger Patient mit schlechtem prämorbidem Zustand vorgestellt, der nach Herzstillstand in ein postanoxisches Koma gefallen sei und eine schlechte Überlebensprognose habe. Falls keine Patientenangehörigen vorhanden wären, hätten 92% der Teilnehmer in diesem Szenario einen Therapieverzicht oder Therapieentzug vorgenommen, wobei 55% den Therapieverzicht wählten und 37% den Therapieentzug. Ein Szenario ohne Einfluss der Patientenangehörigen entspricht vermutlich am ehesten der eigenen grundsätzlichen Moral. 50% der Teilnehmer gaben an, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen gleichwertig seien. Dennoch präferierten, vermutlich gesondert vom konkreten Patientenbeispiel gefragt, 70% der Teilnehmer den Therapieverzicht gegenüber dem Therapieentzug. Gefragt nach der Anwendung von DNR-Anordnungen im eigenen ärztlichen Handeln, gaben 60% der Teilnehmer an, diese in schriftlicher Form anzuwenden und 35% gaben an, mündliche DNR-Anordnungen zu implementieren. Die Darstellung der Studie legt nahe, dass etwa 95% der Teilnehmer laut eigener Angabe DNR-Anordnungen anwendeten. Allerdings wurde nicht präzisiert, ob bei diesem Item auch Mehrfachantworten möglich waren, was dieses Ergebnis relativieren würde. (R = 68%; n = 65) (Yap et al. 2004)

Eine weitere Studie, die auf der Befragung von Ärzten aus Hongkong beruht, wurde im Jahr 2005 veröffentlicht. Hier wurde die Akzeptanz von Therapieverzicht und Therapieentzug mithilfe von 5-Punkt-Likert-Skalen analysiert (1 = starker Zuspruch bis 5 = starker Widerspruch). Es ist abzulesen, dass unter diesen Ärzten eine unterstützende Einstellung gegenüber diesen Praktiken herrschte, allerdings war diese Unterstützung mit einem Mittelwert von 2,46 nicht sonderlich ausgeprägt. (R = 25%; n = 1197) (Chong und Fok 2005)

Eine Studie untersuchte das Antwortverhalten von Ärzten aus Hongkong im zeitlichen Vergleich anhand einer im Jahr 2004 und einer weiteren im Jahr 2008 durchgeführten Befragung. In Bezug auf Therapieverzicht/Therapieentzug am Lebensende sahen es die meisten der Teilnehmer als angemessen an, auf kardiopulmonale Reanimation und künstliche Beatmung zu verzichten, hinsichtlich Reanimation betrug der Anteil in beiden Zeiträumen 98% und hinsichtlich Beatmung sank der Anteil von 95% auf 89%. Des Weiteren wurde eine geringere, allerdings steigende Bereitschaft beobachtet, auf weniger-invasive lebenserhaltende Therapieformen einschließlich Antibiotikagabe zu verzichten und diese abubrechen, im Jahr 2004 lag hier der Anteil bei 22% und im Jahr 2008 bei 64%. (2004: R = 50%; n= 60; - 2008: R = 38%; n= 46) (Lam et al. 2015)

Im Jahr 2008 wurde eine Studie veröffentlicht, die auf Aussagen von Medizinstudenten aus Hongkong beruht. Bei dieser Untersuchung äußerten 62% der Teilnehmer, dass eine kardiopulmonale Reanimation stets erbracht werden müsse, und sprachen sich somit gegen einen diesbezüglichen Therapieverzicht aus. 56% sahen den initialen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen als akzeptabel an und 27% den Entzug von bereits begonnenen lebenserhaltenden Maßnahmen. (R = unbek.; n = 312) (Gruber et al. 2008)

Bei der bereits erwähnten, im Jahr 2012 durchgeführten Untersuchung von Phua et al., gaben sämtliche Teilnehmer aus Hongkong an, sie würden im Fallbeispiel der komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie bei Auftreten eines Herzstillstands mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen anwenden. Wäre es bei der Patientin zudem zu Pneumonie und septischem Schock gekommen, hätten nur 7% der Teilnehmer aus Hongkong mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 80% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne, und 76% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach dem eigenen Handeln in Hinblick auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben zwischen 90% und 100% an, oft oder fast immer auf lebenserhaltende Maßnahmen initial zu verzichten und wenig über 40% gaben an, bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen oft oder fast immer abubrechen. 49% der Befragten aus Hongkong waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 54%; n = 45) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Indonesien: Unter den an derselben Untersuchung teilnehmenden Ärzten aus Indonesien äußerten 88%, dass sie im Fallbeispiel bei besagter komatöser Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie im Fall eines erneuten Herzstillstandes schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden würden. Sollte diese Patientin Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 37% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 55% der indonesischen Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne, und 45% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten zwischen 60% und 70% der indonesischen Teilnehmer, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und wenig über 30% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 80% waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 50%; n = 51) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Japan: Im Jahr 1992 widersprachen 22% einer ärztlichen Klientel aus Japan dem initialen Verzicht auf eine lebenserhaltende maschinelle Beatmung, selbst wenn sowohl behandelnder Arzt, als auch Patientenangehörige und terminal kranker Patient diesen wünschten. (R = 68%; n = 273) (Ruhnke et al. 2000)

Bei einer im Jahr 2003 international durchgeführten Befragung zeigte ein Fallbeispiel eine Patientin mit schweren postischämischen zerebralen Schädigungen, künstlich beatmet und laut professioneller Beurteilung bestmöglicher Prognose im Wachkoma zu verbleiben. Ungefähr ein Drittel der Befragten aus Japan zeigte sich nicht bereit, in diesem Fall eine DNR-Anordnung anzuwenden. Die teilnehmenden japanischen Ärzte wiesen eine hohe Tendenz auf, bei dieser Wachkomapatientin, sollte sie fünf Tage in gesundheitlich stabilem Zustand verbleiben, in ihrer Institution alles medizinisch Mögliche zur Lebenserhaltung zu initiieren. Sollte es bei der Patientin zu rascher Fieberentwicklung und septischem Schock kommen, sprachen sich 96% der japanischen Teilnehmer für Fortführung der künstlichen Beatmung und Gabe von Antibiotika und somit gegen einen Therapieverzicht bzw. Therapieentzug aus. Etwa die Hälfte der japanischen Teilnehmer hätte in diesem Fall noch

zusätzlich vasopressorisch wirksame Substanzen verabreicht. Diese Studie wurde mit Ärzten durchgeführt, die im Fachbereich der Intensivmedizin tätig waren. (R = 81%; n = 74) (Yaguchi et al. 2005)

2005 wurden in einer Studie Einstellung und übliche Praxis anhand einer ähnlichen Falldarstellung erfragt. Sollte ein Patient höheren Alters in einen komatösen Zustand gefallen sein, der mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft sei, befanden es lediglich 15% der japanischen Ärzte für richtig, eine enterale Ernährung nicht zu initiieren und somit auf eine lebenserhaltende Maßnahme zu verzichten, und 11% gaben an, dies auch in ihrem ärztlichen Handeln dergestalt durchzuführen. Sollte ein Patient noch zusätzlich an einer schweren Pneumonie erkranken, betrug der Anteil derjenigen, die einen Therapieverzicht hinsichtlich künstlicher Beatmung befürworteten, 54%. Bemerkenswert ist, dass der Anteil derjenigen, die angaben, ihrer üblichen Praxis entspreche diese Art von Therapieverzicht, mit 59% noch größer ausfiel. Sollte sich ein Patient seit mehr als sechs Monaten in einem dauerhaft komatösen Zustand befinden und dessen Familie einen Abbruch der künstlichen enteralen Ernährung wünschen, sprachen sich 16% für einen dementsprechenden Therapieabbruch aus und 11% gaben an, dass ein derartiger Therapieabbruch ihrer üblichen Praxis entspreche. (R = unbek.; n = 304) (Bito und Asai 2007)

Bei der im Jahr 2012 durchgeführten Studie von Phua et al. gaben 75% der Teilnehmer aus Japan an, sie würden im hypothetischen Fall der komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden, sollte es zu einem erneuten Herzstillstand kommen. Sollte die Patientin Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 51% die künstliche Beatmung beibehalten und mit zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 48% der japanischen Befragten stimmten der Aussage zu, dass üblicherweise am Lebensende auf künstliche Beatmung als lebenserhaltende Maßnahme initial verzichtet werden könne, und 33% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben etwa 90% an, oft oder fast immer auf lebenserhaltende Therapiemaßnahmen zu verzichten, wohingegen nur etwa 10% angaben, in dieser Situation oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 71% der japanischen Befragten waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 66%; n = 224) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Es wurden zwei Studien von Aita et al. veröffentlicht, in denen die Aussagen von japanischen Ärzten zu Therapieverzicht und Therapieentzug qualitativ ausgewertet worden sind. Bei beiden Studien erfolgte die Auswahl der Studienteilnehmer gezielt nach Erfahrung mit aufgrund von Demenz oder Schlaganfall schwer geschädigten Patienten. Die Interviews fanden im Jahr 2004 und hauptsächlich in der Tokioter Metropolregion statt. Aufgrund von Angaben zur Methodik beider Arbeiten und zur Charakteristik der Teilnehmer liegt es nahe, dass sich die Klientel in beiden Studien größtenteils überschneidet. In der ersterschienenen Veröffentlichung wurden Aussagen zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe dargestellt (n = 30) (Aita et al. 2007). Als Einwände gegen einen Vorbehalt von künstlicher Ernährung wurden gesetzliche, gesellschaftliche sowie kulturelle Gründe genannt. Das japanische Gesetz garantiere Ärzten keinen Schutz für die Praktik des Therapieverzichts oder Therapieentzugs hinsichtlich lebenserhaltender Therapiemaßnahmen. Ein Arzt äußerte: „Es gibt kein System, das Ärzte schützt, die auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe verzichten. Zusätzlich gibt es keinen gesellschaftlichen Konsens über dieses Thema. Unter diesen Bedingungen, glaube ich, haben wir keine Wahl außer einen Patienten, der nicht essen kann, künstlich zu ernähren und ihm Flüssigkeit zu geben.“ Einige der Teilnehmer legten Wert auf die Tatsache, dass in Japan das Leben eines Patienten nicht vornehmlich für diesen selbst, sondern für dessen Angehörige verlängert werde. Ein Kommentar diesbezüglich lautete: „In gewisser Weise müssen japanische Menschen leben, nicht um ihr eigenes Glück zu erfüllen, sondern das ihrer Familien, wenn sie in diese Situation kommen.“ Ein Teilnehmer machte auch auf die buddhistische Tradition in Japan aufmerksam, in der verstorbenen Vorfahren kleine Portionen von Lebensmitteln auf dem heimischen Altar dargebracht würden. Er äußerte hierzu: „Es ist einfach selbstverständlich, jedem Lebensmittel zur Verfügung zu stellen, ungeachtet dessen physischer Verfassung, weil wir in Japan sogar den Toten Essen anbieten.“ Auch in der zweiten Studie (n = 27) (Aita et al. 2008) wurde darauf hingewiesen, dass der Abbruch einer bereits begonnenen maschinellen Beatmungstherapie unter in Japan geltendem Recht strafbar sei. Zusätzlich bestünde die Angst unter den Teilnehmern, dass sie, falls sie einem Patienten die künstliche Beatmung entzögen, unter schweren Angriff der Massenmedien gerieten, was schon vorgekommen sein soll. Aus diesem Grund sei es nicht selten, dass Ärzte die Angehörigen dazu brächten, auf die Initiierung einer künstlichen Beatmung zu verzichten.

Malaysia: Fast alle der an der im Jahr 2012 durchgeführten Untersuchung von Phua et al. teilnehmenden Ärzte aus Malaysia gaben an, sie würden bei der komatösen Patientin mit

schwerer postischämischer Enzephalopathie im Fall eines erneuten Herzstillstandes schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden (97%). Sollte diese Patientin Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 30% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 64% der teilnehmenden Ärzte aus Malaysia stimmten der Aussage zu, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne, und bemerkenswerterweise ein größerer Anteil von 73% stimmte der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten etwa 90% der malaysischen Teilnehmer, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und zwischen 40% und 50% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 64% waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 74%; n = 104) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Philippinen: Sämtliche Teilnehmer von den Philippinen äußerten bei dieser Untersuchung, sie würden in dem Fall der komatösen Patientin mit schwerer Gehirnschädigung schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden, sollte es zum erneuten Herzstillstand kommen. Sollte die Patientin zudem Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 55% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 91% der philippinischen Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne, und 86% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen Handeln in Hinblick auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten zwischen 60% und 70% der philippinischen Befragten, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und zwischen 30% und 40% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 73% vertraten die Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 13%; n = 22) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Singapur: Phua et al. zeigten bei ihrer im Jahr 2012 durchgeführten Untersuchung folgendes Antwortverhalten: Sämtliche Teilnehmer aus Singapur gaben an, sie würden in beschriebenem Szenario der komatösen Patientin mit schwerer Gehirnschädigung mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen im Fall eines erneuten Herzstillstandes anwenden. Lediglich 6% hätten mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt, sollte diese Patientin zudem Pneumonie und septischen Schock entwickeln. Fast alle der singapurischen Ärzte stimmten der Aussage zu, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne (96%), und 82% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten wenig über 80% der singapurischen Befragten, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und wenig über 50% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 41% waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 54%; n = 49) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Eine Untersuchung, durchgeführt im Jahr 2013, zeigte die Ansichten von singapurischen Ärzten hinsichtlich der Empfehlung lebensverlängernder Therapiemaßnahmen anhand einer Variation von Fallvignetten. Innerhalb dieser Fallvignetten wurden die Variablen Patientenalter, kognitive Einschränkung des Patienten, outcome und auch finanzieller Aufwand der Therapie abgestuft und gesondert abgefragt. Hierbei variierten die Antworten in einem großen Spektrum für jedes abgefragte Patientenprofil, außer es lag eine zusätzliche kognitive Einschränkung vor. Im Fall einer kognitiven Einschränkung des hypothetischen Patienten sprachen maximal etwa 20% der Teilnehmer eine Therapieempfehlung aus. Auch die Variation der Kosten einer möglichen Therapie stellte einen gewichtigen Streuungsfaktor dar: So empfahlen unter sonst gleichbleibenden Bedingungen 71% eine Therapie, welche 10.000\$ gekostet hätte, wohingegen nur 42% eine Therapie empfahlen, deren Kosten 100.000\$ betragen hätten. Im aussichtslosesten Fall der Patienten ohne kognitiver Einschränkung (75jähriger Patient, mediane Lebensverlängerung von vier Monaten, 5-Jahres-Überlebensrate von 1% und Behandlungskosten von 100.000\$) sprachen 60% der Teilnehmer keine Behandlungsempfehlung aus. 74% der Befragten sahen einen ethischen Unterschied

zwischen dem Entzug von künstlicher Ernährung bei moribunden Patienten und der aktiven Verkürzung des Sterbeprozesses. (R = unbek.; n = 285) (Malhotra et al. 2015)

Eine andere Studie zeigt die retrospektive Auswertung medizinischer Daten von Patienten, die konsekutiv im Jahr 2007 in einem singapurischen Krankenhaus verstorben sind, ohne auf eine Intensivstation verlegt worden zu sein. 66% dieser Patienten hatten eine DNR-Anordnung und 6% hatten die Anordnung, im Fall eines Herzstillstandes eine kardiopulmonale Reanimation durchzuführen. Aus den Aufzeichnungen zu den Behandlungen, welche die Patienten in ihren letzten 24 Lebensstunden erhalten hatten, ging hervor, dass 99% der DNR-Anordnungen eingehalten wurden sowie 97% der Anordnungen, die ausdrücklich eine Reanimation forderten. (n = 683) (Phua et al. 2011)

Südkorea: Bei einer in den Jahren 2008 und 2009 durchgeführten Befragung befürworteten 61% der teilnehmenden Onkologen aus Südkorea den initialen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen am Lebensende terminal kranker Patienten und 94% sprachen sich für einen entsprechenden Abbruch bereits begonnener, jedoch aussichtsloser Maßnahmen aus. (R = 81%, n = 303) (Yun et al. 2011)

Unter den im Jahr 2012 bei der Untersuchung von Phua et al. teilnehmenden Ärzten aus Südkorea äußerten 92%, sie würden mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen anwenden, sollte es im Fall der komatösen Patientin mit schwerer Enzephalopathie zu einem erneuten Herzstillstand kommen. Falls die Patientin zusätzlich Pneumonie und septischen Schock entwickeln sollte, wählten 76% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie. 70% der südkoreanischen Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne, und 55% stimmten der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen Handeln in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben zwischen 80% und 90% an, oft oder fast immer auf lebenserhaltende Therapien initial zu verzichten, und wenig über 10% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 79% der südkoreanischen Teilnehmer waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 70%; n = 186) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Taiwan: Es liegt das Abstract einer im Jahr 2002 veröffentlichten Studie vor, im Rahmen derer Ärzte aus Taiwan zum Thema befragt wurden. 78% der Teilnehmer gaben an, sie würden einen terminal an Krebs erkrankten Patienten oder seine Familie über die Möglichkeit einer DNR-Anordnung aufklären und sie fragen, die Unterzeichnung eines Einwilligungsformulars zu erwägen. (R = 17%; n = 1328) (Chao 2002)

Phua et al. untersuchten im Jahr 2012 auch die Antworten einer Klientel aus Taiwan. 60% dieser Ärzte hätten im Fall der komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie bei erneutem Herzstillstand mündliche oder schriftliche DNR-Anordnungen angewendet. Sollte die Patientin zusätzlich Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 63% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 31% der taiwanesischen Teilnehmer waren der Meinung, dass in der Behandlung am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der taiwanesischen Teilnehmer, die der Aussage zustimmten, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne, mit 43% etwas höher ausfiel. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben zwischen 80% und 90% der Befragten aus Taiwan an, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen am Lebensende zu verzichten, und lediglich wenig über 0% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 80% waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 27%; n = 35) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Thailand: Bei derselben Untersuchung gaben 83% der teilnehmenden Ärzte aus Thailand an, sie würden schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen implementieren, sollte die hypothetische komatöse Patientin mit schwerer Enzephalopathie einen erneuten Herzstillstand erleiden. 54% wählten mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie, sollte diese Patientin zusätzlich Pneumonie und septischen Schock entwickeln. 54% der thailändischen Teilnehmer äußerten die Meinung, dass am Lebensende üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie verzichtet werden könne, und 21% äußerten die Meinung, dass am Lebensende üblicherweise eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie abgebrochen werden könne. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen

Handeln in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben fast 80% an, oft oder fast immer auf lebenserhaltende Maßnahmen initial zu verzichten, und wenig über 40% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 67% der thailändischen Teilnehmer waren der Meinung, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 34%; n = 24) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Vietnam: Bei wiederum derselben Untersuchung gaben 96% der Teilnehmer aus Vietnam an, sie würden im Fall der komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden, sollte es zum erneuten Herzstillstand kommen. 37% hätten mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt, sollte diese Patientin Pneumonie und septischen Schock entwickeln. Nur 8% der teilnehmenden Ärzte aus Vietnam stimmten der Aussage zu, dass auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende üblicherweise verzichtet werden könne, und lediglich 5% gaben an, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten zwischen 20% und 30% der Befragten aus Vietnam, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und wenig über 0% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 82% waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 99%; n = 112) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

5.2.2 Therapieverzicht/Therapieentzug in Indien

Phua et al. erhielten im Jahr 2012 folgende Antworten von indischen Ärzten: 90% dieser Teilnehmer gaben an, sie würden im Fall eines Herzstillstandes schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden, sollten sie mit einer Patientin konfrontiert sein, die schwere postischämische zerebrale Schädigungen erlitten habe und laut fachkundiger Meinung prognostisch bestenfalls im Wachkoma verbleiben würde. Sollte diese Patientin zusätzlich

Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 36% eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt, indem sie die künstliche Beatmung beibehalten und zusätzlich vasopressorisch und antibiotisch wirksame Medikamente verabreicht hätten. 77% der indischen Teilnehmer äußerten, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne, und 65% waren der Meinung, dass eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie am Lebensende üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen ärztlichen Praxis äußerten zwischen 70% und 80% der indischen Befragten, bei Patienten ohne Aussicht, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und etwa 30% gaben an, bei solchen Patienten oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 80% der indischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 86%; n = 176) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Im Jahr 2015 wurde eine Studie an indischen Ärzten in Weiterbildung durchgeführt, im Zuge derer anhand von 5-Punkt-Likert-Skalen unter anderem auch moralische Einstellungen zu Therapieentzug untersucht wurden (1 = „starker Widerspruch“ bis 5 = „starke Zustimmung“). Bei dem Item "Ich denke, der Entzug von lebenserhaltenden Maßnahmen ist vorsätzliche Tötung." lag der Mittelwert bei 2.09. Bei dem Item "Ich habe ethische/moralische Bedenken, lebenserhaltende Maßnahmen zu limitieren." lag er bei 2.48 und bei dem Item "Ich habe religiöse Bedenken, lebenserhaltende Maßnahmen zu limitieren." bei 1.68. (R = 71%; n = 120) (Mohamed et al. 2016)

Im Jahr 2008 wurden Interviews mit einer ärztlichen Klientel aus Indien durchgeführt und die erhaltenen Meinungen zu Fragestellungen am Lebensende qualitativ ausgewertet. Ärzte wiesen auf die private Finanzierung von medizinischen Maßnahmen in Indien hin. Die Kosten von medizinischen Maßnahmen mit geringem oder fraglichem Nutzen hätten einen schädigenden Effekt auf Patientenangehörige mit geringem Vermögen und würden ihre finanziellen Mittel leeren. Außerdem erfordere der manifeste Mangel an Ressourcen in indischen Krankenhäusern eine bedachte, sinnvolle Verteilung und somit einen Therapieverzicht oder Therapieentzug, falls der Einsatz dieser Ressourcen weniger sinnvoll erscheint. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Palliativmedizin tätig. (n = 14) (Gielen et al. 2011)

Zwei Untersuchungen analysierten Daten von Patienten, die konsekutiv auf verschiedenen indischen Intensivstationen verstorben sind.

In der ersten Studie, welche Daten von vier Intensivstationen aus Zeiträumen zwischen Ende 2002 und Anfang 2004 beleuchtet, wurden 143 konsekutive Todesfälle beschrieben. Eine Limitierung der Therapie fand bei etwa einem Drittel der verstorbenen Patienten statt (n = 49). Innerhalb dieser 49 Patienten wurden 24% (n = 12) terminal nicht intubiert und 67% (n = 33) wurden zwar initial intubiert und beatmet, jedoch ohne weitere Eskalation ihrer Therapie. Somit lag insgesamt bei 92% der Patienten mit Therapielimitierung ein Therapieverzicht vor. Bei 8% wurden lebenserhaltende Maßnahmen entzogen. (n = 143) (Kapadia et al. 2005)

In der zweiten Studie wurden die medizinischen Daten von Patienten analysiert, die im Zeitraum von Mitte 2006 bis Ende 2007 auf einer Intensivstation in Neu-Delhi konsekutiv verstorbenen sind. Bei knapp der Hälfte der untersuchten 88 Todesfälle wurde die Therapie limitiert (n = 43). Innerhalb dieser 43 Patienten wurde bei 93% (n = 40) initial auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet (bei 15 Patienten beschränkte sich der Therapieverzicht auf kardiopulmonale Reanimation, was einem Anteil von 17% an allen Verstorbenen entspricht) und bei 7% (n = 3) wurden Maßnahmen entzogen, die bereits begonnen worden sind. (n = 88) (Mani et al. 2009)

5.2.3 Therapieverzicht/Therapieentzug im Nahen und Mittleren Osten

Iran: Ende 2012 bis Anfang 2013 wurden in Teheran, Iran, Medizinstudenten befragt, deren Ausbildungsstand allerdings mit dem eines Arztes in Weiterbildung gleichzusetzen ist. 64% der Probanden nahmen an, dass DNR-Anordnungen sporadisch notwendig seien. (R = 84%; n = 185) (Ghajarzadeh et al. 2013)

Unter den Teilnehmern der im Jahr 2012 durchgeführten Studie von Phua et al. war auch eine Klientel aus Iran. Hier lag der Anteil derjenigen Ärzte aus Iran, die sich bei der hypothetischen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie und fachkundiger Prognose, bestenfalls im Wachkoma zu verbleiben, im Fall eines erneuten Herzstillstandes eine schriftlichen oder mündlichen DNR-Anordnung implementieren würden, bei 48%. Sollte die Patientin zudem eine Pneumonie mit septischem Schock entwickeln, hätten 84% der iranischen Teilnehmer mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 19% der iranischen Befragten gaben an, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne. Keiner der

iranischen Teilnehmer stimmte der Aussage zu, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten fast 50% der iranischen Befragten, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und zwischen 10% und 20% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 74% der iranischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 66%; n = 31) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Im Jahr 2016 wurde eine Studie veröffentlicht, in der die Antworten von Ärzten aus Kermānshāh, Iran gezeigt wurden. Die Fragen zu moralischen Einstellungen wurden mithilfe von 5-Punkt-Likert-Skalen gestellt (1 = „starker Widerspruch“ bis 5 = „starke Zustimmung“). In Bezug auf die grundsätzliche Einstellung der Teilnehmer gegenüber DNR-Anordnungen lag der Mittelwert bei 3.22 und zeigte signifikant eine positive Einstellung gegenüber dieser Praktik. Allerdings liegt dieser Mittelwert noch nah am indifferenten Bereich. (R = 75%; n = 168) (Fallahi et al. 2016)

Libanon: Bei einer in den Jahren 2003 und 2004 durchgeführten Studie erfolgte eine prospektive Analyse medizinischer Daten von Patienten, die auf einer Intensivstation in Beirut, Libanon konsekutiv verstarben. Das auf dieser Station tätige Personal initiierte bei fast der Hälfte der Verstorbenen einen Therapieverzicht oder einen Therapieentzug (46%; n = 43)). Hierbei wurde hauptsächlich auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Maßnahme verzichtet (86%; n = 37) und weniger der Abbruch bereits begonnener lebenserhaltender Maßnahmen durchgeführt (14%; n = 6). (n = 94) (Yazigi et al. 2005)

Pakistan: Im Jahr 2006 wurde eine Befragung pakistanischer Ärzte aus Karachi durchgeführt. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. 84% dieser Ärzte gaben an, routinemäßig lebenserhaltende Therapiemaßnahmen zu entziehen. Diese hohe Prozentzahl ist allerdings zu relativieren, da hierbei explizit auch hirntote Patienten mit einbezogen wurden. (R = >60%; n = 100) (Salahuddin et al. 2008)

Phua et al. zeigten in ihrer Untersuchung aus dem Jahr 2012 folgende Ergebnisse: Bei der hypothetischen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie und fachkundiger Prognose bestenfalls im Wachkoma zu verbleiben, gaben sämtliche teilnehmenden Ärzte aus Pakistan an, sie würden im Fall eines erneuten Herzstillstands schriftliche oder mündliche

DNR-Anordnungen implementieren. Sollte diese Patientin zudem Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 52% der pakistanischen Befragten mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 66% der pakistanischen Teilnehmer äußerten, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne, und ebenfalls 66% gaben an, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach der eigenen Praxis in Hinblick auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten fast 70% der pakistanischen Befragten, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und zwischen 20% und 30% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. Fast alle pakistanischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien (90%). Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 64%; n = 29) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Saudi-Arabien: Eine im Jahr 2008 veröffentlichte Studie nutzte einen Fragebogen, der auf der Arbeit von Ruhnke et al. (2000) basiert, welche bereits zur selben Thematik bei einer japanischen Klientel zitiert wurde. 35% der teilnehmenden saudi-arabischen Ärzte widersprachen dem Verzicht auf die Initiierung einer lebenserhaltenden Beatmungstherapie, wenn sowohl behandelnder Arzt, als auch Patientenangehörige und terminal kranker Patient diesen wünschten. (R = unbek.; n = 321) (Mobeireek et al. 2008)

Bei der im Jahr 2012 durchgeführten Untersuchung von Phua et al. wurden auch die Antworten einer saudi-arabischen Klientel erfasst. Die meisten dieser Ärzte gaben an, dass sie bei der hypothetischen komatösen Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie und fachkundiger Prognose, bestenfalls im Wachkoma zu verbleiben, im Fall eines erneuten Herzstillstandes schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden würden (90%). Sollte die Patientin zudem Pneumonie und septischen Schock entwickeln, hätten 49% mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung und zusätzlicher Vasopressoren- und Antibiotikagabe eine umfassende lebenserhaltende Therapie gewählt. 58% der saudi-arabischen Teilnehmer äußerten, dass üblicherweise auf die Initiierung einer lebenserhaltenden künstlichen Beatmung am Lebensende verzichtet werden könne, und 42% äußerten, dass am Lebensende eine bereits begonnene lebenserhaltende Beatmungstherapie üblicherweise abgebrochen werden könne. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen Handeln in Bezug auf Patienten ohne

Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, äußerten zwischen 60% und 70% der saudi-arabischen Befragten, oft oder fast immer auf die Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen zu verzichten, und zwischen 10% und 20% gaben an, oft oder fast immer bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. 66% der saudi-arabischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien. Die Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 41%; n = 79) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Türkei: Bei der zur selben Thematik bereits bezüglich einer Klientel aus Japan zitierten Untersuchung von Yaguchi et al. wurde im Jahr 2003 auch eine Teilgruppe türkischer Ärzte befragt. Ein Fallbeispiel zeigte eine Patientin mit schwerer postischämischer Enzephalopathie, künstlich beatmet und laut professioneller Beurteilung bestmöglicher Prognose im Wachkoma zu verbleiben. Etwa ein Fünftel der Befragten aus der Türkei zeigte sich nicht bereit, in diesem Fall eine DNR-Anordnung anzuwenden. Auch die türkischen Teilnehmer wiesen orientierend eine verhältnismäßig hohe Tendenz auf, in ihrer Institution alles medizinisch Mögliche zur Lebenserhaltung der Wachkomapatientin zu initiieren, sollte sie fünf Tage in gesundheitlich stabilem Zustand verbleiben. Sollte es bei der Patientin zu rascher Fieberentwicklung und septischem Schock kommen, sprachen sich 81% für Fortführung der künstlichen Beatmung und Gabe von Antibiotika und somit gegen einen diesbezüglichen Therapieverzicht bzw. Therapieentzug aus. Fast 40% der türkischen Teilnehmer hätten in diesem Fall noch zusätzlich vasopressorisch aktive Substanzen verabreicht. Die Studienteilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 47%; n = 27) (Yaguchi et al. 2005)

Im Jahr 2004 wurde eine Studie veröffentlicht, in der die Antworten von Anästhesisten aus der Türkei vorgestellt wurden. Die Ärzte sollten sich bei zwei Fallbeispielen mit Patienten für ein klinisches Vorgehen entscheiden. Der erste Fall zeigte einen 55jährigen Patienten bei Bewusstsein, erkrankt an Amyotropher Lateralsklerose, seit 700 Tagen künstlich beatmet und auf lebenslange Beatmungstherapie angewiesen. Bei Nichtvorhandensein von Patientenangehörigen wählten hier 69% der Teilnehmer die Fortführung voller medizinischer Unterstützung, 26% hätten bisherige Maßnahmen fortgeführt, aber auf zusätzliche verzichtet und 4% hätten auch bereits begonnene Maßnahmen entzogen. Der zweite Fall zeigte eine tiefkomatöse 35jährige Patientin, nach einer Subarachnoidalblutung laut fachkundiger Prognose ohne Aussicht auf Genesung. Hier hätten 23% der Ärzte volle medizinische Unterstützung beibehalten, 68% hätten minimale Unterstützung geleistet und 9% einen

Therapieentzug durchgeführt. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen Handeln, gaben 66% der Ärzte an, bereits DNR-Anordnungen gegeben zu haben. (R = 84%; n = 369) (Iyilikci et al. 2004)

In den Jahren 2007 und 2008 wurde eine Untersuchung an Ärzten aus der Türkei durchgeführt, mithilfe eines Fragebogens, der auf dem in der Studie von Ruhnke et al. (2000) angewendeten Fragebogen basiert. Es wurde eine klinische Situation vorgestellt, in der das weitere Überleben eines terminal kranken Patienten mit dem Beginn einer künstlichen Beatmungstherapie verknüpft sei, allerdings sowohl Patient als auch dessen Familie und behandelnder Arzt wünschten, dass er nicht beatmet werde und stattdessen sterben dürfe. 46% der türkischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass die Beatmungstherapie trotzdem initiiert werden sollte, und sprachen sich somit gegen einen Therapieverzicht aus. (R = 14%; n = 4084) (Bukun und Balseven-Odabasi 2013)

Im Jahr 2004 wurde eine Studie veröffentlicht, in welcher erlebte Problematiken von türkischen, im Fachbereich der Intensivmedizin tätigen Ärzten kategorisiert und qualitativ ausgewertet wurden. Die Trennung dieser Problemfelder ist in der Studie etwas ungenau, insbesondere in Bezug auf Maßnahmen am Lebensende, doch wurde auch hier von den teilnehmenden Ärzten deutlich auf Ressourcenknappheit in türkischen Krankenhäusern hingewiesen. Ressourcenknappheit ist in Bezug auf die Verteilung medizinischer Güter relevant und impliziert Therapieverzicht und/oder Therapieentzug. (n = 21) (Cobanoğlu und Algier 2004)

5.2.4 Therapieverzicht/Therapieentzug in Israel

Eine Studie wurde in den Jahren 1994 bis 1996 mit einer Klientel israelischer Ärzte durchgeführt. In einem Item des Fragebogens wurde gefragt, welche Aussage der eigenen Meinung am ehesten entspreche. Hier wählten 35% der Teilnehmer „initialer Therapieverzicht und der Entzug bereits begonnener Therapiemaßnahmen sind dasselbe“, 49% wählten „auf Therapiemaßnahmen initial zu verzichten ist akzeptabler als diese später abubrechen“ und 12% wählten „bereits begonnene Therapiemaßnahmen zu entziehen ist akzeptabler als auf diese initial zu verzichten“. In einem Fallbeispiel wurde ein 50jähriger Patient mit seit Langem bestehender COPD vorgestellt. Er sei schon mehrfach beatmungspflichtig geworden. Seit einem Monat sei er nach Pneumonie und Herzstillstand im Wachkoma verblieben. Sollte der Patient keine Angehörigen haben, gaben die Teilnehmer in

Bezug auf den Patienten Folgendes an: Hinsichtlich künstlicher Beatmung stimmten 84% einem Therapieverzicht nicht zu und 88% einem Therapieentzug nicht zu; hinsichtlich der Ernährung stimmten 61% einem Therapieverzicht nicht zu und 58% einem Therapieentzug nicht zu, 91% sprachen sich für einen Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation im Fall eines weiteren Herzstillstands aus und 84% würden bei Auftreten eines Schocks auf vasopressorisch aktive Substanzen verzichten, wohingegen 65% diese entziehen würden. In Bezug auf die eigene Praxis bei irreversibel terminal erkrankten Patienten meinten 46% der Teilnehmer, dass sie weder Therapieverzicht noch Therapieentzug beunruhigen würde. 28% äußerten, dass späterer Therapieentzug sie mehr beunruhige, und 12% gaben an, mehr durch initialen Therapieverzicht als durch späteren Therapieentzug beunruhigt zu werden. 93% bezeugten, auf die Initiierung lebensverlängernder Maßnahmen verzichtet zu haben, und 86% gaben an, bereits begonnene lebensverlängernde Maßnahmen abgebrochen zu haben. 93% der Teilnehmer äußerten, dass sie auf ihren Intensivstationen DNR-Anordnungen anwendeten. Die Teilnehmer der Studie waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 45%; n = 43) (Soudry et al. 2003)

Im Zeitraum von Ende 1997 bis Anfang 1999 wurden an vier geographisch über Israel verteilten Zentren Ärzte befragt, ob sie in unterschiedlichen klinischen Szenarien bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen initiieren würden. Vorgestellt wurde eine 80-jährige Person, wobei ihre zugrundeliegende Erkrankung variiert wurde (metastasiertes Krebsleiden, irreversible geistige Beeinträchtigung wie M. Alzheimer und irreversible körperliche Beeinträchtigung mit Bettlägerigkeit und Inkontinenz) und separat gefragt wurde, ob man bei Indikation künstliche Ernährung, künstliche Beatmungstherapie oder kardiopulmonale Reanimation durchführen würde. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer am ehesten auf kardiopulmonale Reanimation verzichtet hätten und am wenigsten auf eine künstliche Ernährung der Patienten. Irreversibel bettlägerige und inkontinente Patienten wären am aggressivsten lebenserhaltend therapiert worden, gefolgt von Patienten mit irreversibler geistiger Beeinträchtigung (z.B. M. Alzheimer), Patienten mit metastasiertem Krebsleiden wären am ehesten mehr zurückhaltend therapiert worden (Initiierung von maschineller Beatmung: 60% bzw. 41% bzw. 21%). Im Fall der Person mit metastasiertem Krebsleiden hätten 54% der Ärzte eine künstliche Ernährung initiiert, 21% eine maschinelle Beatmungstherapie und 11% eine kardiopulmonale Reanimation. (R = 72%; n = 443) (Carmel et al. 2007)

Aufgrund deutlicher Überschneidungen in der Charakterisierung der teilnehmenden Ärzte und bezüglich der methodischen Informationen zur Durchführung der Studien, liegt der Verdacht

nahe, dass mit derselben Klientel auch die im Folgenden zitierte Untersuchung durchgeführt wurde. Gefragt, ob sie einer Patientenverfügung entsprechen würden, die einen Verzicht auf Initiierung lebenserhaltender Maßnahmen verlange, antworteten hier 21% der Teilnehmer kategorisch mit „nein“, wohingegen 53% angaben, diesem Wunsch in jedem Fall nachzugehen. 39% der Ärzte stimmten der Aussage zu, dass es Situationen gebe, in denen der Gebrauch von lebenserhaltenden Maßnahmen abgebrochen werden sollte, auch wenn diese Maßnahmen bereits begonnen worden seien. (R = 72%; n = 443) (Wenger und Carmel 2004)

Eine im Jahr 2004 veröffentlichte Studie stellte die Antworten von in der Inneren Medizin tätigen Ärzten aus Krankenhäusern der Metropolregion Jerusalems vor. Ein Fallbeispiel zeigte eine 77jährige an einer schweren Pneumonie erkrankte Patientin, bewusstlos und mit Metastasen eines Lungenkrebsleidens im Gehirn. Hier gaben 73% der Teilnehmer an, sie würden in dem Fall eine DNR-Anordnung geben. Annähernd 20% sprachen sich gegen eine DNR-Anordnung bei dieser Patientin aus. (R = 93%; n = 79) (Einav et al. 2004)

In zwei Studien wurden prospektiv gewonnene Daten von konsekutiv auf israelische Intensivstationen verlegten Patienten, die dort verstorben sind oder dort eine Form der Therapiebegrenzung erhalten haben, quantitativ ausgewertet.

Der in der ersten Studie untersuchte Zeitraum umfasst das Jahr 1998 und eine einzelne Intensivstation. 90% (n = 69) der beobachteten Patienten erhielten eine Therapiebegrenzung, teilweise nach Feststellung des Hirntods. Innerhalb dieser Patienten mit Therapiebegrenzung, wurde bei 29% (n = 20) lediglich auf die Initiierung einer kardiopulmonalen Reanimation verzichtet und bei 59% (n = 41) zusätzlich auf andere Maßnahmen verzichtet. Bei den übrigen 12% (n = 8) wurde ein Abbruch von bereits begonnenen Maßnahmen lediglich nach Diagnosestellung des Hirntods durchgeführt, wodurch die Definition eines Therapieentzugs nicht erfüllt ist. Die Methodik dieser Studie lässt eine Verallgemeinerbarkeit nur begrenzt zu. Aufschlussreich ist allerdings die interne Verteilung von Therapieverzicht und Therapieentzug (100% vs. 0%). (n = 77) (Jakobson et al. 2004)

In einer etwas größer angelegten Studie wurden in dem Zeitraum von Anfang 1999 bis Mitte 2000 Daten von drei Intensivstationen ausgewertet. Bei 69% (n = 252) dieser Klientel wurde auf die Initiierung von lebenserhaltenden Maßnahmen verzichtet und in 5% (n = 18) der Fälle wurden bereits begonnene Maßnahmen abgebrochen, wobei zu bemerken ist, dass in keinem dieser Fälle eine bereits begonnene Beatmungstherapie abgebrochen wurde. Die übrigen Patienten starben trotz Wiederbelebensmaßnahmen (17%; n = 62) oder wurden gehirntot diagnostiziert (9%; n = 31). (n = 363) (Ganz et al. 2006)

5.2.5 Therapieverzicht/Therapieentzug in den USA

Im Jahr 2000 wurde eine Studie veröffentlicht, deren Untersuchungszeitraum nicht explizit genannt, aufgrund von Angaben zur Methodik allerdings im Jahr 1993 oder früher gelegen sein muss. Es wurden Ansichten von internistisch tätigen Ärzten, chirurgisch tätigen Ärzten und Ärzten in Weiterbildung getrennt erfasst und analysiert. Der Aussage, dass es keinen ethischen Unterschied zwischen dem initialen Verzicht auf eine lebenserhaltende Maßnahme und dem späteren Entzug dieser bereits begonnenen Maßnahme gebe, stimmten 44% der Ärzte in Weiterbildung, 43% der Internisten und 38% der Chirurgen zu. Der Aussage, dass es dasselbe sei, einen Ernährungsschlauch zu unterbrechen und einen Patienten zu töten, stimmten 9% der Ärzte in Weiterbildung, 11% der Internisten und 12% der Chirurgen zu. (R = 100%, Teilnahme nicht optional; n = 144 Ärzte in Weiterbildung, 369 Internisten, 174 Chirurgen) (Dickenson 2000)

Ruhnke et al. zeigten in ihrer in den frühen 1990er Jahren durchgeführten Studie neben der bereits oben genannten Antwort einer Klientel aus Japan, dass lediglich 1% der teilnehmenden US-amerikanischen Ärzte dem initialen Verzicht auf eine maschinelle Beatmung widersprächen, sollten sowohl behandelnder Arzt, Patientenangehörige, als auch terminal kranker Patient diesen wünschen. (R = 82%; n = 98) (Ruhnke et al. 2000)

Im Jahr 1999 wurde eine Befragung an US-amerikanischen Ärzten aus dem Fachbereich der Inneren Medizin durchgeführt. Hier stimmten 7% dieser Teilnehmer der Aussage zu, dass es am Ende des Lebens von Wichtigkeit sei, alle verfügbaren Behandlungen zu nutzen, egal wie die Chance auf Genesung sei. Dem gegenüber standen 81% der ärztlichen Teilnehmer, die diese Aussage ablehnten und sich somit zumindest einem teilweisen Therapieverzicht/Therapieentzug aufgeschlossen zeigten. (R = 74%; n = 361) (Steinhauser et al. 2000)

In der im Jahr 2003 von Yaguchi et al. durchgeführten Studie wurden auch die Antworten US-amerikanischer Ärzte analysiert. Ein Fallbeispiel zeigte eine Patientin mit schweren postischämischen zerebralen Schädigungen und laut fachkundiger Einschätzung der Prognose bestenfalls im Wachkoma zu verbleiben. Nur weniger als 10% der Befragten aus den USA zeigten sich in diesem Fall nicht bereit, eine DNR-Anordnung anzuwenden. Sollte die Wachkomapatientin fünf Tage in gesundheitlich stabilem Zustand verbleiben, war das Antwortverhalten hinsichtlich der Behandlung dieser Patientin unter den US-amerikanischen

Teilnehmern verhältnismäßig indifferent, es war eine nur geringe Tendenz erkennbar, alles medizinisch Mögliche zu tun, und ein ähnlich geringer Ausschlag hin zu terminalem Therapieentzug. Sollte es bei dieser Patientin zu rascher Fieberentwicklung und septischem Schock kommen, sprachen sich 65% der US-amerikanischen Teilnehmer für die Fortführung der künstlichen Beatmungstherapie sowie die Gabe von Antibiotika und somit gegen einen diesbezüglichen Therapieverzicht bzw. Therapieentzug aus. Etwas mehr als die Hälfte dieser 65% hätte in diesem Fall noch zusätzlich vasopressorisch aktive Substanzen verabreicht. Die Studienteilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = 66%; n = 199) (Yaguchi et al. 2005)

Ebenfalls im Jahr 2003 wurde eine Befragung einer Stichprobe von Ärzten aller Fachrichtungen aus den gesamten USA durchgeführt, in der vor allem Einwände gegen Prozeduren am Lebensende detektiert wurden. Diese Stichprobe wurde modifiziert mit Psychiatern und Ärzten aus Fachrichtungen, die insbesondere mit Tod und heftigem Leid zu tun haben. Hier äußerten lediglich 5% aller Teilnehmer Einwände gegenüber dem Entzug von künstlichen lebenserhaltenden Maßnahmen. (R = 63%; n = 1144) (Curlin et al. 2008)

Anfang des Jahres 2005 wurden in den USA Nephrologen zum Thema befragt. 83% dieser Teilnehmer gaben an, dass an ihren Institutionen DNR-Anordnungen geachtet werden würden. Anhand von drei Szenarien wurden Fragen zum möglichen Beginn oder Abbruch einer Dialysetherapie gestellt. Konfrontiert mit der Anfrage, eine Dialysetherapie bei einem permanent bewusstlosen Patienten zu beginnen, sprachen sich 90% für einen Therapieverzicht aus, indem sie angaben, sie würden diese Therapie nicht initiieren. Sollte ein eigener Patient eine bleibende schwerwiegende Demenz entwickeln und seinen Willen vorher nicht ausgedrückt haben, war etwa die Hälfte der Teilnehmer willens, die Dialysetherapie zu beenden (53%). Das dritte Beispiel zeigte einen kompetenten Patienten, der darum bitte, seine Dialysetherapie abubrechen. Hier zeigten sich wenig mehr als 90% der befragten Nephrologen bereit, dieser Bitte nachzukommen. (R = 12%; n = 296) (Holley et al. 2007)

Es liegt das Abstract einer Studie vor, die im Jahr 2010 durchgeführt wurde. Es wurde analysiert, ob bei US-amerikanischen Ärzten eine unterschiedliche Auffassung von initialem Therapieverzicht und späterem Therapieentzug vorlag. 61% der Teilnehmer vermerkten, dass sie die Durchführung von Therapieentzug gegenüber der von Therapieverzicht als psychologisch schwieriger empfanden, und 59% gaben an, dass die Durchführung von Therapieentzug typischerweise in ethischer Hinsicht problematischer sei. (R = 61%; n = 1156) (Chung et al. 2016)

Eine Studie verglich die Antworten von Hausärzten und Internisten mit den Antworten von Ärzten, die sich in der Inneren Medizin noch in Weiterbildung befanden. Die Untersuchung wurde in den Jahren 2010 und 2011 in Connecticut, USA, durchgeführt. Ein Fallbeispiel zeigte einen 80jährigen Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs, eine Depression sei nicht vorhanden. Falls der Patient beatmungspflichtig werden sollte, allerdings darum bitte, nicht künstlich beatmet zu werden, wohl wissend, dass dies wahrscheinlich zu seinem Tod führe, zeigten sich sämtliche Hausärzte und Internisten sowie 93% der Ärzte in Weiterbildung bereit, dem Wunsch des Patienten zu entsprechen. Sollte der Patient bereits notfallmäßig intubiert worden sein und später darum bitten, die Beatmung einzustellen, gaben 92% der Hausärzte und Internisten sowie 76% der Ärzte in Weiterbildung an, sie würden dem Wunsch des Patienten nachkommen. (Ärzte: R = 48%; n = 191; - Ärzte in Weiterbildung: R = 69%; n = 240) (Thomas et al. 2014)

5.2.6 Therapieverzicht/Therapieentzug in Puerto Rico

Es liegt das Abstract einer Arbeit vor, die im Jahr 1996 Ansichten zu Maßnahmen am Lebensende erfragte. Hierbei wurden an puerto-ricanischen Lehrkrankenhäusern Studierende der Humanmedizin, Ärzte in Weiterbildung und Angehörige der Internistischen Fakultät getrennt befragt. Zuspruch zu initialem Therapieverzicht oder späterem Entzug lebenserhaltender Maßnahmen bei sterbenden Patienten und bei deren informierter Einwilligung war bei 86% der Studierenden, bei 67% der Ärzte in Weiterbildung und bei 88% der Fakultätsmitglieder zu finden. Es sprachen sich jeweils 36% der beiden Arztgruppen und 16% der Studierenden für eine Limitierung von Ressourcen für terminal Erkrankte aus, wobei unklar ist, ob hierfür wirtschaftliche Gründe, Gründe der Materialknappheit oder aber eventuelle Aussichtslosigkeit bestimmter Therapiemaßnahmen ausschlaggebend waren. (R = unbek.; n = 279 Medizinstudenten, 75 Ärzte in Weiterbildung, 35 Internisten) (Ramirez Rivera et al. 2000)

Eine ähnliche, im Jahr 2004 vom selben Autor durchgeführte Untersuchung zeigt bei der Limitierung von bestimmten Gütern für terminal Erkrankte deutlich höhere Zustimmung vonseiten der Befragten. Hier stimmten 80% der Medizinstudenten, 66% der Ärzte in Weiterbildung und 85% der ärztlichen Fakultätsmitglieder einem derartigen Vorgehen zu. Auch in dieser Studie wurden die Beweggründe hierfür nicht präzisiert. (R = unbek.; n = 152 Medizinstudenten, 62 Ärzte in Weiterbildung (Fachbereich Innere Medizin), 84 Ärzte (Fakultätsmitglieder)) (Ramirez-Rivera et al. 2006)

5.2.7 Therapieverzicht/Therapieentzug in Lateinamerika

Argentinien und Brasilien: Im Jahr 1998 wurde eine Gruppe von Spezialisten für Palliativmedizin aus Argentinien und Brasilien befragt. Nur einer der 29 Teilnehmer stimmte der Aussage nicht zu, dass alle Patienten, die an einer terminalen Krebserkrankung sterben, eine DNR-Anordnung haben sollten. (R = 100%; n = 29) (Bruera et al. 2000)

Brasilien: Bei der im Jahr 2003 von Yaguchi et al. durchgeführten Untersuchung wurden auch im Fachbereich der Intensivmedizin tätige Ärzte aus Brasilien befragt. Ein Fallbeispiel zeigte eine Patientin mit schweren postischämischen zerebralen Schädigungen und laut fachkundiger Einschätzung der Prognose bestenfalls im Wachkoma zu verbleiben. Weniger als 10% der Befragten aus Brasilien zeigten sich in diesem Fall nicht bereit, eine DNR-Anordnung anzuwenden. Sollte die Wachkomapatientin fünf Tage in gesundheitlich stabilem Zustand verbleiben, zeigte sich in Bezug auf die Behandlungspräferenzen der brasilianischen Teilnehmer ein verhältnismäßig indifferentes Antwortverhalten. Es bestand lediglich eine geringe Tendenz, alles medizinisch Mögliche zu tun und eine geringe Tendenz dahin, die Therapie nicht weiter zu eskalieren. Sollte die Patientin rasch Fieber und septischen Schock entwickeln, wählten 59% die Fortführung der maschinellen Beatmungstherapie und die Gabe von Antibiotika, sprachen sich somit gegen einen diesbezüglichen Therapieverzicht bzw. Therapieentzug aus. Wenig mehr als die Hälfte dieser 59% hätte in diesem Fall noch zusätzlich Vasopressoren verabreicht. (R = 70%; n = 39) (Yaguchi et al. 2005)

Im Jahr 2009 wurde eine Studie veröffentlicht, die mittels halbstrukturierter Interviews gewonnene Antworten einer verhältnismäßig kleinen brasilianischen Klientel quantitativ auswertete. In einem Fallbeispiel wurde ein 40jähriger Patient vorgestellt, komatös, spontan atmend, allerdings ohne Aussicht auf neurologische Genesung. Falls der Patient keine Angehörigen haben sollte, hätten 43% der Teilnehmer die „gänzliche Unterstützung“ fortgeführt, 47% hätten die aktuelle Therapie beibehalten, allerdings auf die Initiierung weiterer Maßnahmen verzichtet, und ein Teilnehmer (3%) entschied sich für den Abbruch bereits begonnener lebenserhaltender Maßnahmen. In Bezug auf einen hypothetischen Fall mit einem 72jährigen beatmeten Komapatienten ohne jegliche Aussicht auf Genesung befürworteten 47% der Teilnehmer den Entzug der maschinellen Beatmungstherapie. Die

Teilnehmer waren im Fachbereich der Neurologie tätig. (R = unbek.; n = 30) (Vilela und Caramelli 2009)

Im Jahr 2009 wurde eine Untersuchung durchgeführt, bei der auf brasilianischen Intensivstationen tätige Ärzte befragt wurden. In einem Fallbeispiel wurde ein Patient vorgestellt, mit postischämischer Enzephalopathie im Wachkoma verbleibend, ohne Patientenverfügung und ohne Angehörige. 89% der Teilnehmer äußerten, sie würden in diesem Fall schriftliche oder mündliche DNR-Anordnungen anwenden. Bezüglich des wahrscheinlichsten eigenen Vorgehens im Fall, dass der Patient zusätzlich einen septischen Schock entwickeln sollte, zeigte sich folgendes Antwortverhalten: 21% hätten eine vollständige lebenserhaltende Therapie gewählt mit Beibehaltung der künstlichen Beatmung sowie Gabe von Antibiotika und Vaso-pressoren. Mit 60% die meisten Teilnehmer hätten zumindest einen teilweisen Therapieverzicht vorgenommen, indem sie die Beatmungstherapie beibehalten und Antibiotika verabreicht hätten, jedoch auf vasopressorisch aktive Substanzen und andere Interventionen verzichtet hätten. 19% schließlich hätten Therapieverzicht und Therapieentzug gewählt, indem sie unter Achtung des Patientenwohls (mit Schmerztherapie und anderen Maßnahmen) auf andere Interventionen verzichtet hätten und das Beatmungsgerät auf minimale Parameter gestellt oder den Patienten extubiert hätten. Bemerkenswert ist, dass sich das Antwortverhalten auf die Frage, was nach Ansicht der Studienteilnehmer wirklich die beste Vorgehensweise für den Patienten sei, deutlich von dem unterschied, was als wahrscheinliches praktisches Vorgehen angegeben wurde. 44% der Teilnehmer zeigten hier abweichende Antworten und fast alle dieser Teilnehmer mit widersprüchlichen Antworten äußerten die Meinung, dass weniger invasive Maßnahmen besser für den Patienten seien, als die, die sie tatsächlich nutzen würden (98%). Der Anteil der Ärzte, die sich für Therapieentzug aussprachen, vergrößerte sich hier von 19% auf 40%, und der Anteil derjenigen, die sich für volle lebenserhaltende Maßnahmen aussprachen, sank von 21% auf 10%. (R = 89%; n = 105) (Forte et al. 2012)

5.2.8 Qualitativer Vergleich: Therapieverzicht/Therapieentzug

Es liegen 45 Studien vor, die in Bezug auf das Thema Therapieverzicht/Therapieentzug Hinweise auf moralische Einstellung und entsprechende Verhaltensweisen von Ärzten und Studierenden der Humanmedizin geben. 35 dieser Arbeiten beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen. Hiervon untersuchten 13 Studien ostasiatische

Teilnehmergruppen, zwei Studien untersuchten indische, acht Studien untersuchten Teilnehmer aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, vier Studien israelische, acht Studien US-amerikanische, zwei Studien puerto-ricanische und vier Arbeiten untersuchten Teilnehmer aus Lateinamerika. Es lässt sich eine örtliche Häufung feststellen: Am häufigsten wurden mit einer Anzahl von 13 Studien Aussagen von ostasiatischen Teilnehmern untersucht, gefolgt von Teilgruppen aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens und aus den USA (jeweils acht Studien). Vier Studien verdeutlichen über eine qualitative Auswertung von Aussagen für die jeweilige geographische Region oder ethnische Gruppierung der Studienklientel spezifische und somit nicht verallgemeinerbare Informationen. Hierbei wurde in zwei Fällen eine ostasiatische Klientel untersucht und in jeweils einem Fall eine Klientel aus Indien und aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens. Unter den sechs Studien, die auf einer quantitativen Auswertung von medizinischen Daten beruhen, untersuchte jeweils eine Arbeit eine Klientel aus Ostasien und aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens und jeweils zwei Arbeiten Patienten aus Indien und aus Israel.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien vergleichend vorgestellt.

16 Veröffentlichungen zeigen Ergebnisse mit ostasiatischer Klientel. Hiervon handelt es sich in 13 Fällen um Studien, die auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen beruhen, in zweien um Arbeiten, die auf einer qualitativen Analyse von Aussagen beruhen, und eine Studie zeigt eine quantitative Auswertung von patientenbezogenen Daten. In Hinblick auf Items, die meist mit Hilfe von Fallbeispielen eine grundlegende Zustimmung zu Therapieverzicht/Therapieentzug detektierten, ergibt sich kein eindeutiges Muster. Unter den Studien mit guten Qualitätsmerkmalen schwankt der Zuspruch in den jeweiligen ostasiatischen Teilnehmergruppen in Bezug auf Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation (DNR) zwischen etwa 35% und etwa 95%, in Bezug auf initialen Verzicht auf andere lebenserhaltende Therapiemaßnahmen (meist künstliche Beatmungstherapie) zwischen etwa 10% und 70% und in Bezug auf den späteren Entzug bereits begonnener lebenserhaltender Maßnahmen (ebenfalls meist künstliche Beatmungstherapie) zwischen 5% und etwa 95%. Bei diesen Studien ist ablesbar, dass der Verzicht auf kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen bei terminal erkrankten Patienten am meisten Zuspruch erfährt (meist Mehrheit der jeweiligen Klientel), gefolgt von Therapieverzicht und Therapieentzug in Bezug auf andere lebenserhaltende Maßnahmen wie künstlicher Beatmungstherapie (vgl. hierzu Ergebnisse von Phua et al. 2015). Die einzige spezielle Ausnahme diesbezüglich bei guten Qualitätsmerkmalen bildet eine Studie mit chinesischen Teilnehmern, wo dieses Verhältnis

umgedreht ist (Gu und Cheng 2016). Meist zeigte ein Bruchteil von über 30% innerhalb der jeweiligen Teilgruppen Unterstützung für Therapieverzicht/Therapieentzug, allerdings lassen sich aufgrund der Streuung der Ergebnisse keine eindeutigen Tendenzen und Muster feststellen. Auch die Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen zeigten ein vergleichbar inhomogenes Antwortverhalten mit tendenzieller Abstufung zwischen DNR und übrigem Therapieverzicht/Therapieentzug. Bemerkenswert sind hier die Studien von Bito und Asai (2007) und Lam et al. (2015), welche bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen explizit darauf hinweisen, dass die teilnehmenden ostasiatischen Ärzte vorzugsweise am ehesten auf sehr invasive lebenserhaltende Maßnahmen (kardiopulmonale Reanimation, künstliche Beatmungstherapie) verzichteten und weniger auf scheinbar geringfügiger invasive lebenserhaltende Maßnahmen wie künstliche Ernährung oder Antibiotikagabe. Das Antwortverhalten zu Items, die einen Grad der moralischen Ablehnung von Therapieverzicht/Therapieentzug beziehungsweise der Zustimmung zu Beibehaltung von umfassender lebenserhaltender Therapie detektierten, ist mit den bereits vorgestellten Ergebnissen vereinbar und ähnlich inhomogen. In den vorliegenden Studien schwankte der Anteil ostasiatischer Teilnehmer diesbezüglich zwischen unter 30% und über 90%, eine klare Tendenz ist nicht feststellbar. Auch hier sind die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen mit denen der Studien mit guten Qualitätsmerkmalen vereinbar. Gefragt nach dem eigenen ärztlichen Handeln antworteten die ostasiatischen Teilnehmer der vorliegenden Studien folgendermaßen. Unter den Studien mit guten sowie mit schlechten Qualitätsmerkmalen lag der Anteil von ostasiatischen Ärzten, die berichteten, regelmäßig auf lebenserhaltende Therapiemaßnahmen zu verzichten, ebenfalls bei zwischen unter 30% und etwa 100%. Eine Tendenz ist hier auf ostasiatischer Ebene nicht feststellbar. Allerdings zeigt sich, dass in sämtlichen Studien mit ostasiatischer Klientel deutlich mehr berichtete Praxis eines initialen Therapieverzichts als eines späteren Therapieentzugs vorlag. Ausnahme bildet eine Studie mit einer Klientel aus Hongkong, die bei guten Qualitätsmerkmalen in beiden Fällen eine berichtete Praxis von etwa 90% und mehr zeigte (Yap et al. 2004). Ansonsten lag der Anteil von ostasiatischen Teilnehmern, die berichteten, regelmäßig einen Entzug von lebenserhaltenden Maßnahmen durchzuführen bei Studien mit guten sowie mit schlechten Qualitätsmerkmalen bei zwischen unter 10% und etwa 50%. Eine Studie analysierte medizinische Daten von Patienten eines singapurischen Krankenhauses (Phua et al. 2011). Hier wurde vermerkt, dass mehr als die Hälfte dieser Patienten (66%) eine DNR-Anordnung hatte und dass bei diesen Patienten auch in 99% der Fälle auf eine kardiopulmonale Reanimation verzichtet worden ist, was auf eine hohe Akzeptanz von DNR in diesem

Krankenhaus hinweist. Phua et al. stellten in ihrer mit ärztlichen Teilnehmern aus einer Vielzahl asiatischer Länder durchgeführten Untersuchung die Frage ob Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch nicht dasselbe seien (Phua et al. 2015b). Bei den ostasiatischen Teilgruppen mit guten Qualitätsmerkmalen äußerten zwischen etwa 65% bis zu etwa 85% der jeweiligen Teilnehmer, dass Therapieverzicht und Therapieentzug in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen ethisch nicht dasselbe seien. Bei den Teilgruppen dieser Untersuchung mit schlechten Qualitätsmerkmalen fiel dieser Anteil mitunter auf etwa 40%. Bei einer Studie mit guten Qualitätsmerkmalen (Yap et al. 2004), äußerten 50% der Teilnehmer aus Hongkong, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen gleichwertig seien, 70% dieser Teilnehmer zogen allerdings einen Therapieverzicht vor. Bei einer ähnlichen Studie waren etwa 25% einer ärztlichen Klientel aus China dieser Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen gleichartig seien, bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen (Weng et al. 2011). Eine weitere Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen zeigt unter einer singapurischen Klientel von Ärzten einen Anteil von etwa 75%, die einen ethischen Unterschied zwischen dem Entzug künstlicher Ernährung bei moribunden Patienten und einer aktiven Verkürzung des Sterbeprozesses sahen (Malhotra et al. 2015). Zwei Studien werteten Aussagen japanischer Ärzte qualitativ aus und zeigten für diese Gesellschaft spezifische Erkenntnisse (Aita et al. 2007, Aita et al. 2008). Hier wurde von japanischen Teilnehmern darauf hingewiesen, dass das geltende Recht japanischen Ärzten keinen Schutz bei der Durchführung eines Therapieverzichts und Therapieentzugs garantiere. Diesbezüglich sei es auch schon zu schweren Angriffen der Massenmedien auf Ärzte, die einen Therapieentzug durchführten, gekommen. Des Weiteren wurde von Teilnehmern dieser Studien darauf hingewiesen, dass in der japanischen Gesellschaft das Leben des Patienten weniger für diesen selbst sondern primär für dessen Angehörige verlängert werde, und anhand der buddhistischen Tradition der Darbringung von Speiseopfern an Verstorbene wurde die Selbstverständlichkeit erklärt, mit der Patienten künstlich ernährt würden.

Fünf Studien zeigen Ergebnisse zu diesem Thema in Hinblick auf indische Ärzte. Zwei dieser Studien beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen (beide mit guten Qualitätsmerkmalen), zwei Studien auf einer quantitativen Auswertung von patientenbezogenen Daten und eine Studie zeigt durch qualitative Auswertung von ärztlichen Aussagen für den Kulturraum Indien spezifische Informationen. Die im Jahr 2015 veröffentlichte Untersuchung von Phua et al. (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b) zeigt unter indischen Teilnehmern einen hohen grundlegenden Zuspruch zur Anwendung von DNR-

Anordnungen (90% der indischen Teilnehmer), gefolgt vom Zuspruch zu initialem Therapieverzicht bezüglich künstlicher Beatmung (etwa 75%) und späterem Therapieentzug dieser Maßnahme (65%). Damit ist vereinbar, dass sich etwa ein Drittel dieser Teilnehmer für umfassende lebenserhaltende Therapie und somit gegen Therapieverzicht/Therapieentzug aussprachen. In Bezug auf das eigene ärztliche Handeln gaben zwischen 70% und 80% der indischen Teilnehmer an, regelmäßig initial auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten, und mit etwa 30% gaben deutlich weniger an, bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abubrechen. Bei dieser Untersuchung sahen 80% der indischen Teilnehmer einen ethischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieentzug. Bei der zweiten auf quantitativer Auswertung von Aussagen beruhenden Studie mit indischer Klientel wurden moralische Ansichten mittels Likert-Skalen erfasst (Mohamed et al. 2016). Unter diesen Teilnehmern herrschte vorwiegend Widerspruch zur Aussage, dass der Entzug lebenserhaltender Maßnahmen mit einer Tötung gleichzusetzen sei. Auch herrschte tendenziell Widerspruch zu der Aussage, dass man ethische/moralische Bedenken bei der Limitierung von lebenserhaltenden Maßnahmen habe, und noch mehr Widerspruch bei der Aussage, dass man hierbei religiöse Bedenken habe. Eine Studie wertete Daten von Patienten aus vier indischen Intensivstationen aus (Kapadia et al. 2005) und besitzt somit eine leicht erhöhte Verallgemeinerbarkeit im Vergleich zu denjenigen Studien, die jeweils nur eine Institution untersuchten. Hier wurde bei etwa einem Drittel aller Patienten, die in einem Untersuchungszeitraum konsekutiv verstarben oder eine Therapielimitierung erhielten, ein Therapieverzicht/Therapieentzug durchgeführt, wobei in 92% dieser Fälle ein Therapieverzicht durchgeführt worden ist und in 8% ein Therapieentzug. Dieses Verhältnis findet sich auch bei der zweiten auf Auswertung medizinischer Daten beruhenden Studie, mit 93% vs. 7% (Mani et al. 2009). Hier wurde bei einem Anteil von etwa der Hälfte der Patienten, die in einem Untersuchungszeitraum konsekutiv verstarben oder eine Therapielimitierung erhielten, ein Therapieverzicht/Therapieentzug durchgeführt, untersucht wurde allerdings nur eine Institution. Die patientenbezogenen Daten lassen eine hohe Akzeptanz von initialem Therapieverzicht unter indischen Ärzten vermuten. Bei einer Studie wurden Aussagen von indischen Ärzten qualitativ ausgewertet (Gielen et al. 2011). Hier wurde von diesen Ärzten darauf hingewiesen, dass in Indien durch die Kosten von medizinischen Behandlungen mit fraglichem Nutzen Patientenangehörige mit geringem Vermögen geschädigt werden könnten. Auch wurde auf Ressourcenknappheit in indischen Krankenhäusern hingewiesen, was im Zuge vermeintlich sinnvoller Verteilung dieser Ressourcen mit Therapieverzicht und/oder Therapieentzug einhergeht.

Zehn Studien geben Hinweise auf die moralische Einstellung von Ärzten aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens. Acht dieser Studien beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen und jeweils eine auf einer quantitativen Auswertung von patientenbezogenen Daten sowie auf einer qualitativen Auswertung von ärztlichen Aussagen. Unter den auf quantitativer Auswertung von Aussagen beruhenden Studien zeigen drei Studien Ergebnisse zur grundlegenden Einstellung gegenüber Therapieverzicht/Therapieentzug bei guten Qualitätsmerkmalen. Bei einer dieser Studien sprachen sich etwa 65% einer iranischen Klientel für DNR-Anordnungen aus (Ghajarzadeh et al. 2013), bei einer weiteren Studie mit iranischer Klientel und guten Qualitätsmerkmalen lag der mittels Likert-Skalen erfasste Zuspruch hierzu ebenfalls knapp im positiven Bereich (Fallahi et al. 2016). Die dritte Studie mit guten Qualitätsmerkmalen zeigt innerhalb einer türkischen Klientel einen ähnlich hohen Zuspruch zu Therapieverzicht von bis zu etwa 70%, der Zuspruch zu zusätzlichem Therapieentzug lag hier bei höchstens etwa 10% (Iyilikci et al. 2004). Die hiermit vergleichbaren Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind inhomogen. Der Anteil von Teilnehmern, die sich hier für Therapieverzicht/Therapieentzug in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen ohne explizit kardiopulmonale Reanimation aussprachen, lag bei zwischen 0% und etwa 65%, Angaben zur berichteten Praxis hierzu bewegten sich hier im selben inhomogenen Bereich mit einem Anteil von bis zu 70%, wobei Therapieverzicht deutlich häufiger als Therapieentzug berichtet wurde. Analog zu den Beobachtungen mit Teilnehmern aus Ostasien oder Indien ist auch hier bei den Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen wieder ein deutlich höherer Zuspruch von bis zu 100% zum reinen Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation zu verzeichnen. Das Antwortverhalten zu Items, die einen Grad der moralischen Ablehnung von Therapieverzicht/Therapieentzug beziehungsweise der Zustimmung zu Beibehaltung von umfassender lebenserhaltender Therapie detektierten, ist mit diesen Ergebnissen vereinbar. Bei einer Untersuchung mit guten Qualitätsmerkmalen (Salahuddin et al. 2008) äußerten etwa 85% der pakistanischen Teilnehmer, routinemäßig einen Therapieentzug durchzuführen. Allerdings bezog sich dies auch auf Maßnahmen bei hirntoten Patienten, wodurch die Definition eines Therapieentzugs nicht unbedingt erfüllt ist und dieses Ergebnis nicht für einen Vergleich geeignet ist. Eine Studie analysierte medizinische Daten von in einem Untersuchungszeitraum konsekutiv auf einer Intensivstation im Libanon verstorbenen Patienten (Yazigi et al. 2005). Bei etwa der Hälfte dieser Patienten wurde ein Therapieverzicht oder Therapieentzug durchgeführt, wobei analog zu den vergleichbaren Ergebnissen mit indischen Patienten deutlich häufiger ein Therapieverzicht durchgeführt wurde als ein Therapieentzug (86% vs. 14%). Zum Item von

Phua et al. (2015), ob Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht dasselbe seien, liegen für drei Teilgruppen aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens nur Ergebnisse bei schlechten Qualitätsmerkmalen vor (Phua et al. 2015b). Hier äußerten zwischen etwa 65% und 90% der Teilnehmer aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gesehen nicht gleichwertig seien. Eine Studie führte eine qualitative Analyse von Aussagen türkischer Ärzte durch (Cobanoglu und Algier 2004). Auch hier wurde auf Ressourcenknappheit in türkischen Krankenhäusern hingewiesen, was bei der Verteilung dieser Güter wiederum Therapieverzicht impliziert.

Es liegen sechs Studien vor, die Hinweise auf die moralische Einstellung israelischer Ärzte geben. Vier dieser Studien beruhen auf einer quantitativen Auswertung von ärztlichen Aussagen und zwei auf einer quantitativen Auswertung patientenbezogener Daten. Drei Studien geben bei guten Qualitätsmerkmalen Aufschluss über eine grundlegende moralische Einstellung zu Therapieverzicht/Therapieentzug, wobei die Studienklientel von israelischen Ärzten bei zwei dieser Studien vermutlich identisch ist. Die Ergebnisse dieser Studien mit guten Qualitätsmerkmalen werden im Folgenden wiedergegeben. In Bezug auf DNR-Anordnungen verzeichnete eine Studie einen Zuspruch von etwa 75% (Einav et al. 2004). Bei einer anderen Studienklientel lag der kategorische Zuspruch zu Therapieverzicht bei etwa 55% und der Zuspruch zu Therapieentzug bei etwa 40% (Wenger und Carmel 2004). Eine ablehnende Haltung zum Therapieverzicht wurde in einer Studie gesondert für verschiedene Krankheitsbilder und lebenserhaltende Maßnahmen detektiert (Carmel et al. 2007). Vereinbar mit den bereits zitierten Ergebnissen aus anderen Kulturkreisen, war hier eine sinkende Ablehnung des Therapieverzichts feststellbar, je terminaler die klinische Situation des Patienten ist und je scheinbar invasiver die lebenserhaltende Maßnahme ist. Bei einem Patienten mit metastasiertem Krebsleiden sprachen sich hier etwa 20% gegen einen Verzicht auf künstliche Beatmung aus und etwa 10% gegen einen Verzicht auf kardiopulmonale Reanimation. Eine auf Auswertung von patientenbezogenen Daten beruhende Studie zeigt hinsichtlich der Praxis auf einer einzelnen Intensivstation in Israel ein Verhältnis von Therapieverzicht zu Therapieentzug von 100% zu 0% (Jakobson et al. 2004). Eine zweite Studie zeigt Ergebnisse für eine Patientenlientel aus drei israelischen Intensivstationen (Ganz et al. 2006). Innerhalb der Patienten, die dort in einem Untersuchungszeitraum konsekutiv verstarben oder eine Therapielimitierung erhielten, wurde bei 69% initial auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet und bei 5% wurden bereits begonnene lebenserhaltende Maßnahmen abgebrochen. Hierbei wurde in keinem Fall eine künstliche Beatmungstherapie abgebrochen. Bei einer Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen äußerte

etwa ein Drittel der Teilnehmer, dass Therapieverzicht und Therapieentzug dasselbe seien (Soudry et al. 2003). Knapp die Hälfte der Klientel zeigte sich von Therapieverzicht und Therapieentzug nicht beunruhigt. In dieser Studie gaben etwa 95% der Teilnehmer an, bereits einmal Therapieverzicht durchgeführt zu haben, und etwa 85% gaben an, bereits einmal Therapieentzug durchgeführt zu haben. Diese Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen zeigt im Vergleich mit den bei guten Qualitätsmerkmalen generierten Ergebnissen einen geringeren Zuspruch zum Verzicht auf künstliche Beatmung (maximal etwa 15%) und zum Entzug von künstlicher Beatmung (maximal etwa 10%). Die übrigen Ergebnisse der Studie sind, insofern vergleichbar, nicht von den bereits genannten Ergebnissen der Studien mit israelischen Teilnehmern abgrenzbar.

Es liegen acht Studien vor, die Aufschluss über die moralische Einstellung von US-amerikanischen Ärzten geben, sämtliche Arbeiten beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen. Bei einer Untersuchung mit guten Qualitätsmerkmalen widersprachen etwa 80% einer US-amerikanischen Klientel der Aussage, dass es am Ende des Lebens ungeachtet der Wahrscheinlichkeit auf Genesung von Wichtigkeit sei alle vorhandenen Behandlungen zu nutzen, und sprachen sich somit für einen zumindest teilweisen Therapieverzicht/Therapieentzug aus (Steinhauser et al. 2000). Für eine Teilgruppe US-amerikanischer Ärzte in Weiterbildung liegen ebenfalls Ergebnisse zur grundlegenden moralischen Einstellung in Bezug auf Therapieverzicht und Therapieentzug bei guten Qualitätsmerkmalen vor (Thomas et al. 2014). Hier sprachen sich etwa 95% für Therapieverzicht (künstliche Beatmung) und etwa 75% für Therapieentzug (künstliche Beatmung) aus. Bei einer Teilgruppe von Fachärzten derselben Untersuchung fiel der Zuspruch noch etwas größer aus, bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen. Bei einer weiteren Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen äußerten jeweils 90% der teilnehmenden Nephrologen, sie würden bei einem permanent bewusstlosen Patienten auf Initiierung einer Dialysetherapie verzichten und sie würden bei einem kompetenten Patienten auf dessen Wunsch hin eine Dialysetherapie abbrechen (Holley et al. 2007). Über 80% dieser Teilnehmer äußerten, dass in ihren Institutionen DNR-Anordnungen geachtet werden würden. Zwei Studien mit guten Qualitätsmerkmalen zeigen ablehnende Haltung nur eines geringen Anteils der jeweiligen Teilnehmergruppen von 1% in Bezug auf Therapieverzicht (künstliche Beatmung) (Ruhnke et al. 2000) und von 5% in Bezug auf den Entzug von künstlichen lebenserhaltenden Maßnahmen (Curlin et al. 2008). Bei der Untersuchung von Yaguchi et al. (2005) lehnten allerdings 65% der teilnehmenden US-amerikanischen Ärzte einen Therapieentzug (künstliche Beatmung) mit kombiniertem Therapieverzicht (Antibiotika) bei

ebenfalls guten Qualitätsmerkmalen ab. Im Vergleich zu anderen Teilgruppen dieser Studie ist jedoch innerhalb der US-amerikanischen Teilgruppe (gute Qualitätsmerkmale) vergleichend eine geringere Tendenz zu umfassender lebenserhaltender Therapie und eine größere zum Therapieentzug als bei der japanischen (gute Qualitätsmerkmale) und der türkischen Teilgruppe (schlechte Qualitätsmerkmale) erkennbar. Zwei Studien geben ethische Überlegungen US-amerikanischer Ärzte bei guten Qualitätsmerkmalen wieder. Im Vergleich von Therapieverzicht und Therapieentzug äußerten etwa 60% einer Klientel, dass die Durchführung von Therapieentzug ethisch problematischer sei, und ebenfalls etwa 60% dieser Klientel meinten, dass die Durchführung psychisch schwieriger sei (Chung et al. 2016). Bei der anderen Untersuchung war in drei Teilgruppen ein Anteil von etwa 40% bis etwa 45% der jeweiligen Teilnehmer der Ansicht, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gleichwertig seien, und nur etwa 10% äußerten, dass der Entzug einer lebenserhaltenden künstlichen Ernährungstherapie einer Tötung entspräche (Dickenson 2000).

Zwei der vorliegenden Studien zeigen Antworten einer puerto-ricanischen Klientel bei allerdings nur schlechten Qualitätsmerkmalen. Eine dieser Arbeiten, von welcher lediglich das Abstract vorliegt, zeigt unter einer teils studentischen und teils ärztlichen Klientel einen Zuspruch zu Therapieverzicht/Therapieentzug von etwa 65% bis zu etwa 90% (Ramirez Rivera et al. 2000). Für eine Limitierung von Gütern für terminal erkrankte Patienten sprachen sich innerhalb der Teilgruppen dieser Studie zwischen etwa 15% und 35% der jeweiligen Teilnehmer aus. In der zweiten Studie mit puerto-ricanischer Klientel wurde diese Frage erneut gestellt (Ramirez-Rivera et al. 2006). Hier sprachen sich zwischen etwa 65% und 85% für eine Limitierung von bestimmten Gütern für terminal erkrankte Patienten aus. Es ist auffallend, dass explizit nach einer möglichen Limitierung von Gütern für terminal Erkrankte gefragt wurde, jedoch sind diese Ergebnisse wenig aussagekräftig, da schlechte Qualitätsmerkmale vorliegen und nicht präzisiert wurde, aus welchem Grund eine Limitierung von Ressourcen erfolgen sollte.

Vier der vorliegenden Studien zeigen Ergebnisse mit Ärzten aus Lateinamerika. Eine dieser Studien weist gute Qualitätsmerkmale auf (Forte et al. 2012). Hier sprachen sich etwa 90% der brasilianischen Teilnehmer für DNR-Anordnungen aus. 40% der Teilnehmer äußerten, dass Therapieverzicht (Antibiotika) mit kombiniertem Therapieentzug (künstliche Beatmung) ihrer Ansicht nach das Beste für einen in einem Fallbeispiel vorgestellten Wachkomapatienten in septischem Schock sei. Bemerkenswert ist, dass dieser Anteil bei der Frage, was das wahrscheinlichste eigene Verhalten in der Situation wäre, mit knapp 20% nur etwa die Hälfte betrug, was allerdings weniger Aufschluss über moralische Ideale gibt,

sondern mehr auf Blockaden in der eigenen Umsetzung dieser Vorstellungen hinweist. Die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind mit diesen Ergebnissen vereinbar.

In der Zusammenschau der zu diesem Thema vorliegenden Studien zeigen sich deutliche Überschneidungen im Meinungsbild, allerdings stellen sich die Ergebnisse zum Teil sehr inhomogen dar. Im Folgenden werden verlässliche Ergebnisse für die untersuchten geographischen Gebiete zusammengeführt. In Bezug auf eine grundlegende moralische Einstellung zu Therapieverzicht/Therapieentzug war der Zuspruch in ostasiatischen Teilgruppen sehr inhomogen (bis zu meist jedoch über 30%). Innerhalb der einzelnen Teilgruppen war allerdings eine Abstufung im Zuspruch erkennbar, die sich auch bei Teilgruppen aus anderen geographischen Arealen wiederfindet: Am meisten Zuspruch findet sich tendenziell bei DNR-Anordnungen (etwa 35% bis etwa 95% in den jeweiligen ostasiatischen Teilnehmergruppen), gefolgt von Therapieverzicht auf andere Maßnahmen und Therapieentzug (zwischen etwa 10% bis 70% respektive zwischen 5% und etwa 95% bei den jeweiligen ostasiatischen Teilnehmergruppen). Bei einer indischen Klientel lag der Zuspruch zu DNR-Anordnungen bei 90%, zu Verzicht auf Beatmungstherapie bei etwa 75% und zu Entzug einer Beatmungstherapie bei 65%. Bei Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens lag der Zuspruch zu Therapieverzicht bei zwischen etwa 65% bis etwa 70% und zu zusätzlichem Therapieentzug bei maximal etwa 10%. Bei israelischen Teilnehmern lag der Zuspruch zu DNR-Anordnungen bei etwa 75% bis maximal etwa 90%, der Zuspruch zu anderem oder nicht näher präzisiertem Therapieverzicht bei etwa 55% bis maximal etwa 80% und der Zuspruch zu Therapieentzug bei etwa 40%. Bei US-amerikanischen Teilnehmern war innerhalb von drei Teilgruppen der Zuspruch zu Therapieverzicht/Therapieentzug verhältnismäßig stark ausgeprägt (Therapieverzicht: etwa 95% bis maximal etwa 100%; Therapieentzug: etwa 75% bis maximal 95%). Innerhalb einer anderen US-amerikanischen Teilgruppe sprachen sich allerdings 65% gegen Therapieverzicht/Therapieentzug aus, was einen Anteil von Befürwortern von maximal 35% zulässt. Eine Studie zeigt unter einer Klientel von lateinamerikanischen Ärzten einen Zuspruch zu DNR-Anordnungen von etwa 90% und 40% der Teilnehmer sprachen sich für anderen Therapieverzicht und Therapieentzug aus. Zu diesem Thema liegen keine verlässlichen Ergebnisse mit einer puerto-ricanischen Klientel vor. Klare Tendenzen sind im Vergleich nicht feststellbar. Im Folgenden werden diesbezügliche Besonderheiten vorgestellt. Am wenigsten Zuspruch zu Therapieverzicht findet sich bei Teilgruppen aus Ostasien und am wenigsten Zuspruch zu

Therapieentzug findet sich bei Teilgruppen aus Ostasien und aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens. Allerdings zeigt sich der größte Anteil von Befürwortern eines Therapieentzugs ebenfalls innerhalb ostasiatischer Teilgruppen und auch innerhalb US-amerikanischer Teilgruppen. Am meisten Zuspruch zu nicht explizit auf kardiopulmonale Reanimation bezogenen Therapieverzicht findet sich ebenfalls innerhalb US-amerikanischer Teilgruppen. Innerhalb fast aller untersuchten Kollektive findet sich tendenziell mehr Zuspruch zu nicht explizit auf kardiopulmonale Reanimation bezogenen Therapieverzicht als zu Therapieentzug, ostasiatische Teilnehmergruppen stellen sich diesbezüglich allerdings inhomogen dar und für lateinamerikanische Teilnehmer liegen diesbezüglich unzureichend Informationen vor. Bei ostasiatischen, indischen, israelischen und lateinamerikanischen Teilnehmern lässt sich tendenziell mehr Zuspruch zu DNR-Anordnungen als zu anderen Formen des Therapieverzichts feststellen. In Bezug auf den Anteil von Befürwortern eines Verzichts auf kardiopulmonale Reanimation sind die Teilnehmergruppen aus Ostasien, Indien, Israel und Lateinamerika nicht voneinander abzugrenzen (durchweg hoher Anteil), allerdings mit ausgeprägter Streuung bei den untersuchten Teilnehmergruppen aus Ostasien. Für Teilnehmergruppen aus anderen geographischen Arealen liegen diesbezüglich keine Informationen vor.

Verlässliche Angaben zur berichteten Praxis liegen für ostasiatische und indische Teilgruppen vor. Unter den ostasiatischen Teilgruppen ist diesbezüglich keine Tendenz feststellbar: Die Ergebnisse sind inhomogen und liegen in Bezug auf Therapieverzicht bei zwischen unter 30% und etwa 100% und in Bezug auf Therapieentzug bei zwischen unter 10% und etwa 90%. Die Ergebnisse mit einer indischen Klientel liegen bei zwischen 70% und 80% in Bezug auf Therapieverzicht und bei etwa 30% in Bezug auf Therapieentzug und sind somit mit den Ergebnissen ostasiatischer Teilnehmergruppen vereinbar.

Untersuchungen, die patientenbezogene Daten vorstellen, liegen für Institutionen in Ostasien, in Indien, im Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens sowie in Israel vor. Die Studie mit ostasiatischen Patienten gibt einen Hinweis auf häufige Implementierung von DNR-Anordnungen. Die Ergebnisse der übrigen Untersuchungen sind miteinander vereinbar. In allen Fällen wurde angegeben, dass bei einem Anteil von mindestens etwa einem Drittel der Patienten, die in bestimmten Untersuchungszeiträumen konsekutiv verstarben oder eine Therapielimitierung erhielten, ein Therapieverzicht oder ein Therapieentzug durchgeführt wurde. Hierbei wurde stets deutlich häufiger ein Therapieverzicht als ein Therapieentzug verzeichnet (Verhältnis von 86:14 bis 100:0).

Items zu ethischen Einschätzungen bei guten Qualitätsmerkmalen liegen für Teilnehmergruppen aus Ostasien, aus Indien sowie aus den USA vor. Als Gemeinsamkeit lässt sich feststellen, dass in allen Fällen etwa die Hälfte oder ein größerer Anteil der jeweiligen Teilgruppen einen ethischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieentzug sah. In ostasiatischen Teilnehmergruppen betrug dieser Anteil maximal 50% bis etwa 85% und in einer indischen Teilnehmergruppe 80%. In US-amerikanischen Teilnehmergruppen äußerten etwa 40% bis etwa 45%, dass Therapieverzicht und Therapieentzug ethisch gleichwertig seien, was eine gegenteilige Ansicht von maximal etwa 50% bis etwa 55% der jeweiligen Teilnehmer zulässt. Somit lässt sich ein Hinweis auf einen diesbezüglichen Unterschied zwischen der indischen und der US-amerikanischen Teilgruppe ablesen, eine übrige Abgrenzung ist nicht möglich. Bei der Frage, ob Therapieentzug mit einer Tötung gleichzusetzen sei, zeigte sich bei Teilgruppen aus Indien und aus den USA Widerspruch.

Untersuchungen, die über eine qualitative Auswertung von ärztlichen Aussagen für die jeweilige Region oder Kultur spezifische Erkenntnisse zeigen, liegen für Japan, Indien und die Türkei vor. In Bezug auf Japan wurde hinsichtlich Therapieverzicht/Therapieentzug auf fehlenden Schutz durch das geltende Recht und auf Angriffe durch Massenmedien aufmerksam gemacht sowie auf kulturelle Aspekte wie die Tatsache, dass Lebenserhaltung primär für Patientenangehörige erfolge und dass im buddhistischen Glauben Speiseopfer dargebracht würden und daher künstliche Ernährung mit großer Selbstverständlichkeit durchgeführt werde. Des Weiteren wurde auf Ressourcenknappheit in indischen und türkischen Krankenhäusern hingewiesen, was im Zuge einer sinnvollen Verteilung der Güter auch immer einen Therapieverzicht impliziert, und es wurde darauf hingewiesen, dass in Indien Angehörige von Patienten mit geringem Vermögen durch Therapien mit fraglichem Nutzen unverhältnismäßig geschädigt werden könnten.

Tabelle 4: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Aggressive Analgesie“

Thema: Aggressive Analgesie				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Yun et al. 2011	Malhotra et al. 2015		
Indien				
Naher und Mittlerer Osten				
Israel	Wenger und Carmel 2004			
USA	Dickenson 2000 Willems et al. 2000 Kaldjian et al 2004a Thomas et al. 2014	Kaldjian et al. 2004b Thomas et al. 2014		
Puerto Rico		Ramirez R. 2000 [Abstract] Ramirez-Rivera et al. 2006		
Lateinamerika				

5.3 Aggressive Analgesie

5.3.1 Aggressive Analgesie in Ostasien

Singapur: Malhotra et al. zeigten in ihrer im Jahr 2013 durchgeführten Studie, dass 92% ihrer singapurischen Klientel die Praxis der Aggressiven Analgesie billigten. Diese Ärzte bewerteten das Statement „Es ist akzeptabel für einen Arzt, den Schmerz eines Patienten unzureichend zu therapieren, da hochdosierte Opioide eine Atemdepression verursachen können.“ als "falsch". (R = unbek.; n = 285) (Malhotra et al. 2015)

Südkorea: In der von Yun et al. in den Jahren 2008 und 2009 durchgeführten Untersuchung einer südkoreanischen Klientel sprachen sich 98% der befragten Onkologen für eine aktive Schmerzkontrolle mit Opioiden aus. Dieser Terminus einer aktiven Schmerzkontrolle ist etwas unpräzise definiert und impliziert nicht unbedingt die Inkaufnahme einer Lebensverkürzung des Patienten. Daher ist dieses Ergebnis zu relativieren. (R = 81%, n = 303) (Yun et al. 2011)

5.3.2 Aggressive Analgesie in Indien

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.3.3 Aggressive Analgesie im Nahen und Mittleren Osten

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.3.4 Aggressive Analgesie in Israel

In der Untersuchung von Wenger und Carmel billigten Ende der 1990er Jahre 81% der teilnehmenden israelischen Ärzte die Praktik, einem terminal kranken Patienten Schmerzmedikation zu verschreiben, auch wenn dies sein Leben verkürzen werde (R = 72%; n = 443) (Wenger und Carmel 2004).

5.3.5 Aggressive Analgesie in den USA

Eine bereits Mitte der 1990er Jahre in Oregon durchgeführte Studie zeigt unter ihren Teilnehmern eine hohe Akzeptanz der Aggressiven Analgesie. 97% der befragten Ärzte hielten es für angemessen, bei einem Patienten mit metastasiertem Krebsleiden, das die Knochen befallen habe, und daraus resultierenden unerträglichen, mit bisherigen Mitteln nicht kontrollierbaren Schmerzen, die Morphindosis zu erhöhen, auch wenn dessen vorzeitiger Tod eine wahrscheinliche Konsequenz sei. (R = 80%; n = 152) (Willems et al. 2000)

Die US-amerikanische Klientel der im Jahr 2000 veröffentlichten Studie von Dickenson et al. wies ebenfalls eine hohe Akzeptanz der Aggressiven Analgesie auf. Unter den Studienteilnehmern stimmten 92% der Ärzte in Weiterbildung, 92% der Chirurgen und 94% der Internisten folgender Aussage zu: „Manchmal ist es angemessen, Schmerzmedikation zu geben, um Leid zu lindern, sogar wenn das den Tod eines Patienten beschleunigen würde.“ (R = 100%, Teilnahme nicht optional; n = 144 Ärzte in Weiterbildung, 369 Internisten, 174 Chirurgen) (Dickenson 2000)

Von Kaldjian et al. wurden zwei Studien zum Thema in Connecticut, USA, durchgeführt.

Bei der einen Untersuchung wurden Internisten im Jahr 1999 zu verschiedenen Praktiken am Lebensende befragt und 95% stimmten der Aussage zu, dass es ethisch angemessen sei, bei terminaler Erkrankung Analgetika graduell zu erhöhen, um Schmerzen zu lindern, auch wenn dies unbeabsichtigt den Tod beschleunigen könnte. (R = 47%; n = 677) (Kaldjian et al. 2004b).

Die andere Studie zeigte die Ansichten von Ärzten in Weiterbildung, Fachbereich Innere Medizin. Hier stimmten im Jahr 2000 85% der Teilnehmer der genannten Aussage zur Aggressiven Analgesie zu. (R = 97%; n = 236) (Kaldjian et al. 2004a).

Bei der Untersuchung von Thomas et al., durchgeführt in den Jahren 2010 und 2011 in ebenfalls Connecticut, USA, wurde eine Teilgruppe von Hausärzten und Internisten sowie eine Teilgruppe von Ärzten in Weiterbildung auch zu ihrer Einstellung bezüglich Aggressiver Analgesie befragt. Ein Fallbeispiel zeigte einen 80jährigen Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs, eine Depression sei nicht vorhanden. Dieser Patient habe aufgrund seines Karzinoms schwerwiegende Schmerzen und bitte um zunehmend höhere Dosen von Betäubungsmitteln, bis zu einem Punkt, an dem befürchtet werde, dass die Medikation in dem Tod des Patienten resultiere. 94% der Hausärzte und Internisten und 71% der Ärzte in Weiterbildung gaben an, sie würden alle für die Schmerztherapie benötigten

Betäubungsmittel verabreichen. (Ärzte: R = 48%; n = 191; - Ärzte in Weiterbildung: R = 69%; n = 240) (Thomas et al. 2014)

5.3.6 Aggressive Analgesie in Puerto Rico

Die beiden Arbeiten von Ramirez-Rivera et al. zeigen auch Ergebnisse zu diesem Thema.

Im Abstract der im Jahr 1996 durchgeführten Untersuchung wurde Folgendes vermerkt. Unter den Studienteilnehmern gaben 54% der Medizinstudenten, 79% der Ärzte in Weiterbildung und 80% der Internisten an, dass sie sterbenden Patienten die vollen, zur Schmerzlinderung benötigten Dosen von Medikamenten verschreiben würden, auch wenn sie den Tod beschleunigen würden. (R = unbek.; n = 279 Medizinstudenten, 75 Ärzte in Weiterbildung, 35 Internisten) (Ramirez Rivera et al. 2000)

Bei der im Jahr 2004 durchgeführten Untersuchung zeigte sich ein leicht anderes Bild. Hier sprachen sich 76% der Medizinstudenten, 85% der Ärzte in Weiterbildung, allerdings nur 65% der ärztlichen Fakultätsmitglieder dafür aus, einem sterbenden Patienten die vollen, zur Schmerzlinderung benötigten Dosen von Medikamenten zu verschreiben, auch wenn sie wüssten, dass dies den Tod beschleunigte. (R = unbek.; n = 152 Medizinstudenten, 62 Ärzte in Weiterbildung (Fachbereich Innere Medizin), 84 Ärzte (Fakultätsmitglieder)) (Ramirez-Rivera et al. 2006).

5.3.7 Aggressive Analgesie in Lateinamerika

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.3.8 Qualitativer Vergleich: Aggressive Analgesie

Es liegen zehn Studien vor, die Aufschluss über die moralische Einstellung von Ärzten und Studierenden der Humanmedizin zum Thema der Aggressiven Analgesie geben. Sämtliche Arbeiten beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen. Zwei dieser Studien untersuchten Teilnehmer aus dem ostasiatischen Raum, eine der Studien eine Klientel aus Israel, fünf untersuchten die Antworten von Teilnehmern aus den USA und zwei Studien Teilnehmer aus Puerto Rico. Es liegen keine Studien vor, die eine Klientel aus Indien, aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens oder aus Lateinamerika untersuchten. Hieraus ist

eine Häufung der zu diesem Thema veröffentlichten Studien erkennbar, die meisten Studien untersuchten eine US-amerikanische Klientel.

Auf inhaltlicher Ebene sind die Ergebnisse mit ostasiatischer Klientel wenig aussagekräftig. Die Studie mit einer südkoreanischen Klientel (Yun et al. 2011) weist zwar gute Qualitätsmerkmale auf und zeigt unter den Teilnehmern einen hohen Zuspruch von nahezu 100%, allerdings ist die Definition einer „aktiven Schmerzkontrolle mit Opioiden“ unpräzise, insofern als hierbei die Inkaufnahme einer Lebenszeitverkürzung zwar suggeriert wird, aber nicht zwingend impliziert ist. Die Arbeit mit singapurischer Klientel (Malhotra et al. 2015) zeigt ebenfalls hohen Zuspruch, bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen.

Die Studie mit israelischer Klientel (Wenger und Carmel 2004) zeigt hohen Zuspruch zur Praxis der Aggressiven Analgesie bei guten Qualitätsmerkmalen, etwa 80% der Teilnehmer dieser Studie stimmten einer möglichen Anwendung dieser Maßnahme zu.

Bei den Untersuchungen mit US-amerikanischen Teilnehmern zeigt sich ebenfalls hoher Zuspruch. Vier Studien weisen zumindest für Teilgruppen ihrer US-amerikanischen Klientel gute Qualitätsmerkmale auf. Diese Ergebnisse bei guten Qualitätsmerkmalen werden im Folgenden zusammengefasst. Innerhalb von vier der fünf entsprechenden Teilgruppen lag der Anteil von Teilnehmern, die sich für die Praxis einer Aggressiven Analgesie aussprachen, bei zwischen 85% und etwa 95%. In einer weiteren Teilgruppe fiel dieser Anteil mit etwa 70% vergleichsweise geringer aus (Thomas et al. 2014). Die Ergebnisse für zwei Teilgruppen bei schlechten Qualitätsmerkmalen zeigen mit etwa 95% ebenfalls einen hohen Zuspruch.

Die beiden Arbeiten mit einer puerto-ricanischen Klientel, bestehend aus Studierenden der Humanmedizin, Ärzten in Weiterbildung und Internisten bzw. Fakultätsmitgliedern, (Ramirez Rivera et al. 2000, Ramirez-Rivera et al. 2006) zeigen bei schlechten Qualitätsmerkmalen ein verhältnismäßig inhomogenes Bild. Allerdings stimmte in allen Fällen die Mehrheit der jeweiligen teilnehmenden Berufsgruppen zugunsten der Aggressiven Analgesie, der Anteil in den jeweiligen Teilgruppen betrug zwischen etwa 55% und etwa 85%.

In der Synopsis wird deutlich, dass die vorliegenden Studien auf inhaltlicher Ebene verhältnismäßig homogen sind (durchweg hoher Zuspruch bei Aggressiver Analgesie). Allerdings bestehen Lücken in der geographischen Abdeckung sowie Schwächen in Methodik und Qualitätsmerkmalen. Belastbare Ergebnisse stammen ausschließlich aus der ersten Hälfte des untersuchten Zeitraums und zeigen lediglich Antworten von israelischen und US-amerikanischen Ärzten.

Tabelle 5: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)“

Thema: Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Yap et al. 2004 Yun et al. 2011 Phua et al. 2015 Hamano et al. 2018	Asai et al. 2001 Chong und Fok 2005 Gruber et al. 2008 Weng et al. 2011 Phua et al. 2015		
Indien	Phua et al. 2015			
Naher und Mittlerer Osten	Iyilikci et al. 2004	Phua et al. 2015		
Israel	Wenger und Carmel 2004			
USA	Willems et al. 2000 Thomas et al. 2014	Emanuel et al. 2000 Essinger 2003 Pomerantz et al. 2004 Thomas et al. 2014		
Puerto Rico		Ramirez R. 2000 [Abstract] Ramirez-Rivera et al. 2006		
Lateinamerika		Vilela und Caramelli 2009		

5.4 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)

5.4.1 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Ostasien

China: Im Jahr 2008 wurde eine Untersuchung durchgeführt, die zu großem Teil auf dem Fragebogen der Arbeit von Yap et al. (2004) beruht. Die ärztlichen Teilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig und wurden identifiziert mittels Schneeballmethode in 21 der 31 Regionen Chinas. 50% der Teilnehmer wiesen darauf hin, dass eine „aktive Verkürzung des Sterbeprozesses“ akzeptabel sei, und 15% gaben an, bei „hoffnungslosen Patienten“ zumindest manchmal eine vorsätzliche Tötung durchgeführt zu haben, indem sie bewusst und vorsätzlich hohe Dosen von Medikamenten (wie Barbituraten oder Morphin) verabreichten bis der Tod folgte. (R = 59%; n = 315) (Weng et al. 2011)

Hongkong: Bei der im Jahr 2000 durchgeführten Untersuchung von Yap et al. zeigten sich folgende Antworten einer intensivmedizinisch tätigen Klientel aus Hongkong: Gefragt, ob sie einem Patienten ohne wirkliche Chance auf Wiederherstellung eines sinnstiftenden Lebens bewusst große Dosen eines Medikaments verabreichen würden bis der Tod folge, gaben 23% der Ärzte an, dass sie dies manchmal oder öfter tun würden, und 52% äußerten, dass sie dies niemals tun würden. 75% der Teilnehmer sahen eine vorsätzliche Tötung als inakzeptabel an. (R = 68%; n = 65) (Yap et al. 2004)

Es wurde im Jahr 2005 eine weitere Studie veröffentlicht, die auf der Befragung von Ärzten aus Hongkong beruht. Hier erfolgte eine Analyse der Akzeptanz von Praktiken am Lebensende mithilfe von 5-Punkt-Likert-Skalen (1 = starker Zuspruch bis 5 = starker Widerspruch). Die teilnehmenden Ärzte standen der Praktik einer vorsätzlichen Tötung mit einem Mittelwert von 3,24 leicht ablehnend gegenüber. (R = 25%; n = 1197) (Chong und Fok 2005)

Im Jahr 2008 wurde eine Studie veröffentlicht, die auf einer Befragung von Medizinstudenten aus Hongkong beruht. Hier befanden 43% der Teilnehmer eine vorsätzliche Tötung als akzeptabel, sofern eine Zustimmung vonseiten des Patienten oder dessen Angehörigen vorliege. Definiert wurde die Tötung als bewusste Verabreichung tödlicher Dosen von Medikamenten. (R = unbek.; n = 312) (Gruber et al. 2008)

Japan: Im Jahr 1999 wurde eine Befragung der Mitglieder der Japanischen Gesellschaft für Palliativmedizin durchgeführt. 33% der teilnehmenden Ärzte sahen die Tötung auf Verlangen als manchmal richtig an und 22% würden Tötung auf Verlangen praktizieren, falls dies legal wäre. Unter denjenigen Ärzten, die darum gebeten worden sind den Tod zu beschleunigen (n = 195 von 366), bestand dafür ein großes Verständnis: 88% dieser Ärzte bejahten die Aussage, dass eine solche Bitte eines Patienten manchmal rational sein kann, und 5% dieser Ärzte berichteten, im Folgenden bereits aktive Schritte unternommen zu haben, um den Tod eines Patienten herbeizuführen, der darum gebeten habe. (R = 57%; n = 366) (Asai et al. 2001)

Im Jahr 2016 wurde eine Befragung zur Sedierung am Lebensende an Ärzten durchgeführt, die ebenfalls über das Register der Japanischen Gesellschaft für Palliativmedizin identifiziert worden sind. Hier äußerten 11% der Teilnehmer, dass sie bei der Durchführung einer Sedierung am Lebensende bis zu einem gewissen Maß die Verkürzung der Überlebenszeit intendierten. Dies entspricht einer vorsätzlichen Tötung. (R = 63%; n = 440) (Hamano et al. 2018)

Südkorea: Bei der in den Jahren 2008 und 2009 durchgeführten Untersuchung von Yun et al. befürworteten 8% der teilnehmenden südkoreanischen Onkologen die Praxis, einem Patienten wissentlich eine tödliche Dosis eines Medikaments zu injizieren mit der primären Intention das Leben des Patienten zu beenden. (R = 81%, n = 303) (Yun et al. 2011)

Bangladesch (R = 94%; n = 103), China (R = 56%; n = 195), Hongkong (R = 54%; n = 45), Indonesien (R = 50%; n = 51), Japan (R = 66%; n = 224), Malaysia (R = 74%; n = 104), Philippinen (R = 13%; n = 22), Singapur (R = 54%; n = 49), Südkorea (R = 70%; n = 186), Taiwan (R = 27%; n = 35), Thailand (R = 34%; n = 24), Vietnam (R = 99%; n = 112): Phua et al. zeigten in ihrer Veröffentlichung aus dem Jahr 2015 anhand eines Balkendiagramms auch Anhaltspunkte für die berichtete Praxis der vorsätzlichen Tötung von Patienten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden diese Ergebnisse gebündelt vorgestellt. Die im Jahr 2012 befragten Ärzte waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. In Bezug auf Patienten ohne Möglichkeit, ein bedeutungsvolles Leben wiederzuerlangen, gaben wenig über 10% der thailändischen Klientel und etwa 10% der indonesischen Klientel an, manchmal oder fast immer eine aktive Verkürzung des Sterbeprozesses mithilfe von Pharmaka durchzuführen. Bei den teilnehmenden Ärzten aus Malaysia, Hongkong, Japan, Vietnam und China lag dieser Anteil absteigend zwischen 10% und 0% und bei den Ärzten aus Bangladesch, von den

Philippinen, aus Singapur, aus Südkorea und aus Taiwan lag der Anteil bei etwa 0%. (R = s.o.; n = s.o.) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

5.4.2 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Indien

Phua et al. untersuchten im Jahr 2012 auch eine indische Klientel von intensivmedizinisch tätigen Ärzten. Hier lag der Anteil derjenigen, die angaben, bei Patienten ohne Chance auf Wiederherstellung eines sinnstiftenden Lebens eine aktive Verkürzung des Sterbeprozesses mittels Pharmaka oft oder fast immer durchzuführen, bei wenig über 0%. (R = 86%; n = 176) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

5.4.3 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) im Nahen und Mittleren Osten

Iran (R = 66%; n = 31), Pakistan (R = 64%; n = 29), Saudi-Arabien (R = 41%; n = 79): Auch hier zeigt die im Jahr 2012 durchgeführte Arbeit von Phua et al. Hinweise auf die ärztliche Praxis der vorsätzlichen Tötung schwerkranker Patienten. Zwischen 0% und 10% der Teilnehmer aus Saudi-Arabien sowie jeweils etwa 0% der Teilnehmer aus Iran und Pakistan gaben an, oft oder fast immer den Sterbeprozess von Patienten ohne Chance auf Wiederherstellung eines sinnstiftenden Lebens mittels Medikation aktiv zu verkürzen. Die Studienteilnehmer waren im Fachbereich der Intensivmedizin tätig. (R = s.o.; n = s.o.) (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b)

Türkei: Im Jahr 2004 wurde eine Studie veröffentlicht, in der die Antworten von Anästhesisten aus der Türkei vorgestellt wurden. Die Ärzte sollten sich bei Fallbeispielen für ein klinisches Vorgehen entscheiden. In dem Fall eines 55jährigen Patienten bei Bewusstsein, erkrankt an Amyotropher Lateralsklerose, seit 700 Tagen auf einer Intensivstation künstlich beatmet und auf lebenslange Beatmungstherapie angewiesen, wählten 1% der Teilnehmer die Möglichkeit, das Leben des Patienten mittels Substanzen wie Morphin zu beenden. (R = 84%; n = 369) (Iyilikci et al. 2004)

5.4.4 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Israel

Bei der in den späten 1990er Jahren durchgeführten Untersuchung von Wenger und Carmel wurden den israelischen Studienteilnehmern auch Fragen zur vorsätzlichen Tötung gestellt. Hier zeigte sich eine verhältnismäßig hohe Akzeptanz dieser Praktik: 44% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass ein Arzt prinzipiell, falls ein Patient dies verlangte, eine Tötung durchführen sollte. Allerdings würden nur 22% der teilnehmenden Ärzte den Wunsch eines Patienten selbst erfüllen, falls sie diesen gut kannten, er kognitiv funktionierte und terminal erkrankt wäre sowie von ihnen eine Tötung verlangte. (R = 72%; n = 443) (Wenger und Carmel 2004).

5.4.5 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in den USA

Im Jahr 2000 erschien eine Veröffentlichung, die Aufschluss über moralische Einstellung und berichtete Praxis einer Studienklientel von im Fachbereich der Onkologie tätigen und explizit mit Patienten am äußersten Lebensende arbeitenden Ärzten aus den gesamten USA gibt. In Bezug auf einen hypothetischen terminal erkrankten Patienten mit Prostatakrebs und unaufhörlichen Schmerzen trotz optimaler Schmerztherapie, unterstützten 5% der internistischen Onkologen, 13% der chirurgischen Onkologen und 7% der Radioonkologen eine vorsätzliche Tötung des Patienten. Dazu bereit, diese Tötung selbst durchzuführen, zeigten sich 2% respektive 4% respektive 2%. 3% der internistischen Onkologen führten in ihrer beruflichen Laufbahn bereits mindestens eine vorsätzliche Tötung durch, genauso wie 3% der chirurgischen Onkologen und 2% der Radioonkologen, wobei relativierend anzumerken ist, dass die Internisten häufiger über diesbezügliche Anfragen berichteten (43% der Ärzte) als die Chirurgen (26%) und die Radioonkologen (19%). (R = unbek.; n = 2501 Internisten; 239 Chirurgen; 331 Radioonkologen) (Emanuel et al. 2000)

Die Mitte der 1990er Jahre durchgeführte Untersuchung von Willems et al. gibt bei Ärzten aus Oregon auch Aufschluss über dieses Thema. Anhand von vier Fallbeispielen wurde die moralische Einstellung zu verschiedenen Praktiken am Lebensende erfragt. Bei einem Patienten mit metastasiertem Krebsleiden, das die Knochen befallen habe, und daraus resultierenden unerträglichen, mit bisherigen Mitteln nicht kontrollierbaren Schmerzen hätten 24% der Teilnehmer eine vorsätzliche Tötung auf dessen Verlangen hin durchgeführt. Äußerst bemerkenswert ist, dass bei jedem der übrigen drei Fallbeispiele, in denen der

jeweilige Patient explizit keine weiteren Analgetika zur Schmerztherapie benötige, trotzdem im Vergleich zur „vorsätzlichen Tötung“ ein mehrfach größerer Anteil der Studienteilnehmer die Praxis der „Erhöhung von Morphin“ wählte. In der Studie wurde folgende Formulierung verwendet: „Erhöhung von Morphin, auch wenn vorzeitiger Tod eine wahrscheinliche Konsequenz ist.“ Eine Morphininjektion mit Tötungsintention wäre auch bei dem Punkt „vorsätzliche Tötung“ möglich, da hier keine Vorgaben zur intravenös zu verabreichenden Substanz gemacht wurden, sondern lediglich als Beispiel die Gabe von Kalium angeführt wurde. In Anbetracht der Indikationsstellung liegt es nahe, dass die Studienteilnehmer, die bei der Antwortauswahl den Punkt einer „Erhöhung von Morphin mit wahrscheinlicher Todesfolge“ wählten, Morphin als ein geeignetes Medikament erachteten, um das Leben eines Patienten auf dessen Wunsch hin zu beenden. Relativierend ist anzumerken, dass bei diesen Teilnehmern möglicherweise auch ein Doppeleffekt im Sinn einer Aggressiven Analgesie entscheidungsbildend war, da Morphin bei den vorgestellten Patienten beispielsweise auch zur Anxiolyse, zur kurzfristigen Stimmungsaufhellung oder zur Sedierung angewandt werden könnte. Allerdings erscheinen diese Indikationen weniger naheliegend als eine vorsätzliche Tötung, zumal in jedem Fall ein expliziter Todeswunsch vonseiten der Patienten geäußert werde. Alle in den drei Fallbeispielen vorgestellten Patienten leiden an einer terminalen Krebserkrankung und verlangen eine tödliche Injektion, eine klinische Depression sei ausgeschlossen worden und Schmerzen seien nicht vorhanden oder gut therapiert. Bei einem entkräfteten und bettlägerigen Patienten, der sich nicht mehr selbst versorgen könne, wählten 14% der Teilnehmer „vorsätzliche Tötung“ und 36% „Erhöhung von Morphin“. Bei einem Patienten, der zunehmend darüber besorgt sei, seine Familie mit seinem körperlichen Verfall und Tod zu belasten, obwohl er sich aktuell noch selbst versorgen könne, wählten 5% „vorsätzliche Tötung“ und 23% „Erhöhung von Morphin“. Auch bei einem Patienten, der sein Leben bedeutungslos und zwecklos finde, wählten 6% „vorsätzliche Tötung“ und 20% „Erhöhung von Morphin“. Diese Studie gibt möglicherweise einen eindrucksvollen Hinweis darauf, wie sehr Terminologie und Wording das Verhalten von Menschen und auch Studienergebnisse beeinflussen können. (R = 80%; n = 152) (Willems et al. 2000).

Im Jahr 2000 wurde die moralische Einstellung von Ärzten aus Tennessee untersucht. Mehr als die Hälfte der Befragten äußerte sich ablehnend gegenüber einer vorsätzlichen Tötung von Patienten: 57% stimmten der Aussage zu, dass eine vorsätzliche Verabreichung einer Überdosis eines Medikaments an einen Patienten auf Verlangen, mit primärer Intention Leben zu beenden niemals ethisch gerechtfertigt sei. Allerdings widersprachen auch 34% diesem Statement. 25% der Teilnehmer äußerten eine persönliche Handlungsbereitschaft vorsätzliche

Tötungen durchzuführen. 44% sprachen sich für eine Legalisierung dieser Praxis aus und 47% standen hierzu in Opposition. (R = 34%; n = 365) (Essinger 2003)

Eine im Jahr 2004 veröffentlichte Studie, in welcher die moralische Einstellung von Ärzten aus New Jersey zum Thema der Sedierung am Lebensende untersucht wurde, ist auch in Bezug auf die Praxis einer vorsätzlichen Tötung aufschlussreich. 47% der Teilnehmer widersprachen der Aussage, dass es unmoralisch sei, bei einem terminal kranken Patienten eine Sedierung am äußersten Lebensende mit der primären Intention dessen Leben zu beenden durchzuführen, und sprachen sich somit für eine vorsätzliche Tötung aus. Relativierend ist anzumerken, dass 4% aller Teilnehmer das primäre Therapieziel einer Sedierung am äußersten Lebensende in der Beschleunigung des Todes sahen. (R = 23%; n = 135) (Pomerantz et al. 2004)

Bei der Untersuchung von Thomas et al., durchgeführt in den Jahren 2010 und 2011 in Connecticut, USA, wurden die Antworten einer Teilgruppe von Hausärzten und Internisten mit den Antworten einer Teilgruppe von Ärzten in Weiterbildung verglichen. Ein Fallbeispiel zeigte einen 80jährigen Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs, eine Depression sei nicht vorhanden und seine Schmerzen seien unter Kontrolle. Falls der Patient es nicht ertrage so geschwächt zu sein, allerdings nicht in der Lage sei selbständig Tabletten einzunehmen und um eine tödliche Injektion bitte, gaben 1% der Hausärzte und Internisten sowie 4% der Ärzte in Weiterbildung an, sie würden dem Wunsch des Patienten entsprechen. Sollte diese Praktik legal sein, zeigten sich mehr Ärzte in Weiterbildung als Hausärzte und Internisten bereit, eine Tötung durchzuführen (31% vs. 16%). (Fachärzte: R = 48%; n = 191; - Ärzte in Weiterbildung: R = 69%; n = 240) (Thomas et al. 2014)

5.4.6 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Puerto Rico

Die beiden Studien mit puerto-ricanischer Klientel, die bereits in den vorherigen Kapiteln vorgestellt wurden, zeigen auch Ergebnisse zu diesem Thema.

Im Abstract der im Jahr 1996 durchgeführten Untersuchung wurde angegeben, dass unter den Studienteilnehmern 40% der Medizinstudenten, 33% der Ärzte in Weiterbildung und 20% der Mitglieder einer Fakultät für Innere Medizin die Praxis einer vorsätzlichen Tötung unterstützten. (R = unbek.; n = 279 Medizinstudenten, 75 Ärzte in Weiterbildung, 35 Internisten) (Ramirez Rivera et al. 2000)

Bei der Studie, die 2004 durchgeführt wurde, zeigte sich eine andere Verteilung: Unterstützung für den Wunsch nach vorsätzlicher Tötung bei terminal erkrankten Patienten fand sich bei 28% der Medizinstudenten, 26% der Ärzte in Weiterbildung und 31% der Fakultätsmitglieder. Direkte Opposition bezogen 49% der Medizinstudenten, 52% der Ärzte in Weiterbildung und 62% der Fakultätsmitglieder. (R = unbek.; n = 152 Medizinstudenten, 62 Ärzte in Weiterbildung (Fachbereich Innere Medizin), 84 Ärzte (Fakultätsmitglieder)) (Ramirez-Rivera et al. 2006)

5.4.7 Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen) in Lateinamerika

Brasilien: Bei der bereits erwähnten im Jahr 2009 veröffentlichten Untersuchung mit einer brasilianischen, verhältnismäßig kleinen, im Fachbereich der Neurologie tätigen Klientel wurde danach gefragt, ob der Entzug bereits begonnener lebenserhaltender Maßnahmen (wie intravenöse Flüssigkeitsgabe oder parenterale Ernährung) oder die Verabreichung tödlicher Substanzen vorzuziehen sei. Hier besteht eine definitorische Ungenauigkeit, da nicht präzisiert wurde, ob bei der Verabreichung tödlicher Substanzen eine primäre Tötungsintention besteht oder ob der vorzeitige Tod unter Hinnahme eines Doppeleffekts lediglich in Kauf genommen wird. Die verwendete Formulierung „Verabreichung von Medikamenten, die den Tod herbeiführen“ suggeriert allerdings, dass hiermit eine vorsätzliche Tötung gemeint ist. 23% der Teilnehmer zogen die Gabe tödlicher Substanzen dem Therapieentzug vor, wohingegen 43% den Therapieentzug vorzogen. 30% schätzten beide Praktiken als inakzeptabel ein. Im Fall eines 40jährigen komatösen Patienten ohne Angehörige, spontan atmend, aber ohne Aussicht auf neurologische Gesundung, hätten zwei der 30 Teilnehmer Substanzen verabreicht, um den Patienten schnell sterben zu lassen (7%). (R = unbek.; n = 30) (Vilela und Caramelli 2009)

5.4.8 Qualitativer Vergleich: Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)

Es liegen 18 Studien vor, aus denen Hinweise zur moralischen Einstellung von Ärzten und Studierenden der Humanmedizin zum Thema der vorsätzlichen Tötung ersichtlich werden. Sämtliche Arbeiten basieren auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen. Acht der Studien untersuchten aus dem ostasiatischen Raum stammende Teilnehmer, eine Studie eine

indische Klientel, zwei Studien untersuchten Teilnehmer aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, eine Studie untersuchte israelische Teilnehmer, fünf Studien US-amerikanische, zwei Studien untersuchten eine puerto-ricanische Klientel und eine Studie eine Klientel aus Lateinamerika. Somit ist bei Studien mit ostasiatischen und US-amerikanischen Teilnehmern eine Häufung mit acht respektive fünf Fällen feststellbar.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien vergleichend vorgestellt.

Vier der acht Studien mit ostasiatischen Teilnehmern weisen zumindest für Teile ihrer Studienklientel gute Qualitätsmerkmale auf. Die Ergebnisse dieser Studien mit guten Qualitätsmerkmalen werden im Folgenden wiedergegeben. Bei einer in Japan durchgeführten Befragung nach der eigenen Intention bei der Durchführung einer Sedierung am Lebensende, gaben wenig über 10% der Teilnehmer an, die Verkürzung der Überlebenszeit bis zu einem gewissen Grad bewusst zu intendieren, was per definitionem einer vorsätzlichen Tötung entspricht (Hamano et al. 2018). Bei einer anderen Studie gaben etwa 50% einer Klientel aus Hongkong an, sie würden niemals eine vorsätzliche Tötung praktizieren, und drei Viertel der Teilnehmer sahen eine vorsätzliche Tötung als inakzeptabel an (Yap et al. 2004). Allerdings äußerten auch etwa 25% der Teilnehmer dieser Untersuchung, manchmal oder öfter eine vorsätzliche Tötung durchzuführen. In einer Studie mit südkoreanischer Klientel befürworteten knapp unter 10% der Teilnehmer die Praktik einer vorsätzlichen Tötung (Yun et al. 2011). Bei der Untersuchung von Phua et al. aus dem Jahr 2015 liegen für die Teilgruppen aus Bangladesch, Japan, Malaysia, Südkorea und Vietnam gute Qualitätsmerkmale vor (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b). Bei diesen Gruppen äußerte jeweils ein Anteil von weniger als 10%, teilweise auch von etwa 0%, oftmals eine vorsätzliche Tötung eines Patienten durchzuführen. Die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind hiermit zum Teil vereinbar, Angaben zur Praxis bewegen sich im selben Bereich. Hinsichtlich einer grundlegenden moralischen Einstellung zeigte sich allerdings in drei von vier Teilgruppen mit schlechten Qualitätsmerkmalen ein verhältnismäßig ausgeglichenes Meinungsbild von Befürwortern und Gegnern einer vorsätzlichen Tötung. Ansonsten lehnte bei den Untersuchungen mit ostasiatischen Teilnehmern durchweg ein hoher Anteil eine vorsätzliche Tötung ab.

Für eine Klientel aus Indien zeigt die oben erwähnte Studie von Phua et al. aus dem Jahr 2015 Ergebnisse bei guten Qualitätsmerkmalen (Phua et al. 2015a, Phua et al. 2015b). Wenig über 0% dieser Teilnehmer gaben an, oftmals eine vorsätzliche Tötung eines Patienten durchzuführen.

Eine der zwei Studien mit einer Klientel aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens weist gute Qualitätsmerkmale auf. Diese zeigte unter türkischen Anästhesisten einen äußerst geringen Anteil von 1%, die eine Handlungsbereitschaft zur vorsätzlichen Tötung äußerten (Iyilikci et al. 2004). Die Ergebnisse der Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind damit vereinbar.

Die Studie mit israelischer Klientel zeigte bei guten Qualitätsmerkmalen eine verhältnismäßig hohe Akzeptanz (Wenger und Carmel 2004). Etwa 45% der Teilnehmer befürworteten die Praktik einer vorsätzlichen Tötung auf Verlangen und etwa 20% der Befragten äußerte diesbezüglich eine prinzipielle Handlungsbereitschaft.

Zwei der fünf zu diesem Thema vorliegenden Arbeiten mit US-amerikanischer Studienklientel weisen zumindest für Teilgruppen gute Qualitätsmerkmale auf. Bei einer der beiden Studien wurden Ärzte aus Oregon zu verschiedenen Praktiken am Lebensende befragt (Willems et al. 2000). Bei variierenden Fallbeispielen sollten sich die Teilnehmer für mögliche Vorgehensweisen am Lebensende entscheiden. Inhaltlich-terminologisch gibt es bei dieser Studie scheinbar Widersprüchlichkeiten, da in einigen Fällen bei explizitem Todeswunsch, allerdings ohne Schmerzindikation neben einer "vorsätzlichen Tötung" eine „Erhöhung von Morphin, auch wenn vorzeitiger Tod eine wahrscheinliche Konsequenz ist“ als Handlungsoption zur Auswahl stand und jeweils um ein Mehrfaches häufiger von den Probanden ausgewählt wurde. In diesen Fällen ist die vorsätzliche Erhöhung von Morphin am ehesten als vorsätzliche Tötung zu werten. Da die Handlungsmotivation diesbezüglich nicht gänzlich definiert werden kann, werden im Folgenden die ausdrucksstärksten Ergebnisse für beide Antwortoptionen widergegeben. Etwa 25% der Teilnehmer dieser Studie sprachen sich für eine vorsätzliche Tötung auf Verlangen eines Patienten aus, der terminal erkrankt sei und an refraktären Schmerzen leide. Allerdings wählten etwa 35% der Teilnehmer in einem anderen Fallbeispiel die „Morphinerhöhung mit wahrscheinlicher Todesfolge“ ohne Schmerzindikation (terminale Erkrankung, Bettlägerigkeit, Pflegebedürftigkeit und Verlangen nach vorsätzlicher Tötung). Bei der zweiten Studie mit guten Qualitätsmerkmalen wurden Ärzte in Weiterbildung aus Connecticut zum Thema befragt (Thomas et al. 2014). Sollte die Praktik legal sein, erklärten sich etwa 30% der Assistenzärzte bereit, bei einem hypothetischen Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden eine vorsätzliche Tötung auf dessen Verlangen hin durchzuführen. Unter der aktuellen Gesetzeslage lag die Handlungsbereitschaft diesbezüglich bei unter 5%. Es liegen aus dieser Untersuchung auch Ergebnisse für eine weitere Teilgruppe an Probanden vor (Hausärzte und Internisten), allerdings bei schlechten Qualitätsmerkmalen. Hier war der Anteil der die Praktik

unterstützenden Fachärzte etwas geringer ausgeprägt als bei den Ärzten in Weiterbildung. Die übrigen der vorliegenden Studien mit US-amerikanischer Klientel weisen ebenfalls schlechtere Qualitätsmerkmale auf und zeigen ein inhomogenes Meinungsbild. Eine Studie zeigte für eine ihrer Teilgruppen, bei sehr großer Teilnehmerzahl ($n = 2501$), aber unbekanntem Rücklauf, einen verhältnismäßig geringen Zuspruch von 5% bei noch geringerer Handlungsbereitschaft und berichteter Praxis (Emanuel et al. 2000). In den übrigen Teilgruppen dieser Untersuchung sind diese Ergebnisse im Vergleich hierzu nur leicht erhöht. Die übrigen Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind größtenteils mit den bereits zitierten vereinbar, allerdings erreichen hier die Anteile von Befürwortern der Praktik (Pomerantz et al. 2004) oder einer möglichen Legalisierung der Praktik (Essinger 2003) etwa 45%.

Zwei Studien zeigen Ergebnisse mit puerto-ricanischen Teilnehmern bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen (Ramirez Rivera et al. 2000, Ramirez-Rivera et al. 2006). Der Anteil der teilnehmenden Studierenden der Humanmedizin, Ärzte in Weiterbildung und Internisten bzw. Fakultätsmitglieder, die eine vorsätzliche Tötung unterstützten, lag bei zwischen 20% und 40%.

Auch die Studienergebnisse für eine Klientel aus Lateinamerika sind wenig aussagekräftig. Es liegt eine Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen vor, in der zudem eine mögliche vorsätzliche Tötung ungenau definiert ist (Vilela und Caramelli 2009). In dieser Studie zogen etwa 25% der brasilianischen Teilnehmer die Gabe tödlicher Substanzen einem Therapieentzug vor.

In der Zusammenschau ist eine mögliche inhaltliche Tendenz feststellbar. Im Folgenden werden verlässliche Ergebnisse zusammengeführt. Eine Studie mit Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens zeigt Zuspruch zur vorsätzlichen Tötung von nahezu 0%. Innerhalb einer indischen Teilgruppe lag der Anteil von Teilnehmern, die angaben, diese Praktik durchzuführen, bei etwa 0%. Unter den Studien mit ostasiatischen Teilnehmern bewegten sich Angaben zur berichteten Praxis hauptsächlich zwischen ebenfalls etwa 0% bis etwa 10% der jeweiligen Teilnehmer und eine Studie mit ostasiatischer Klientel verzeichnet einen grundlegenden Zuspruch von etwa 10%. Ausnahme bildet hier eine Studie mit einer Klientel aus Hongkong, unter deren Teilnehmern etwa 25% angaben, manchmal oder öfter eine vorsätzliche Tötung durchzuführen, und 75% diese Praktik ablehnten. Somit sind die Ergebnisse aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens und aus Indien schwer von den Ergebnissen mit ostasiatischen Teilnehmern abgrenzbar, es erscheint jedoch so, als ob die

Akzeptanz einer vorsätzlichen Tötung in Ostasien etwas stärker ausgeprägt ist. Die verlässlichen Ergebnisse mit US-amerikanischer Klientel zeigen einen am ehesten grundlegenden Zuspruch von etwa 25% bis etwa 30% oder etwa 35%. Unter den Ergebnissen von Studien mit guten Qualitätsmerkmalen fand sich meisten Unterstützung bei einer israelischen Klientel, innerhalb derer sich etwa 45% für eine vorsätzliche Tötung aussprachen, wobei allerdings nur etwa 20% eine diesbezügliche Handlungsbereitschaft äußerten. Eine klare Abgrenzung der verglichenen Kollektive ist nicht möglich, da die Ergebnisse zum Teil miteinander vereinbar sind, was die Angaben der israelischen Klientel zur Handlungsbereitschaft verdeutlichen. In Bezug auf eine grundlegende moralische Einstellung lässt sich allerdings eine Abstufung mit steigender Akzeptanz der Praktik vom Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens über Indien und Ostasien zu den USA und schließlich Israel vermuten. Die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen lassen sich nicht gänzlich mit den belastbaren Ergebnissen in Einklang bringen. Bei ostasiatischen und US-amerikanischen Teilnehmern lag hier der Zuspruch mitunter bei bis zu etwa 50%. Für eine Klientel aus Puerto Rico oder aus Südamerika liegt keine Studie mit guten Qualitätsmerkmalen vor. Stark vereinfachend lassen die Ergebnisse mit puerto-ricanischer beziehungsweise lateinamerikanischer Klientel Rückschlüsse auf einen Zuspruch von bis zu 40% respektive 25% zu. Verlässliche Ergebnisse bestehen allerdings nur bei untersuchten Teilnehmergruppen aus Ostasien, aus Indien, aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, aus Israel und aus den USA.

Tabelle 6: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“

Thema: Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Ruhnke et al. 2000 Yun et al. 2011			
Indien				
Naher und Mittlerer Osten		Mobeireek et al. 2008 Mohamed et al. 2012 Bukun et al. 2013		
Israel				
USA	Ruhnke et al. 2000 Willems et al. 2000 Ganzini et al. 2001 Whitney et al. 2001 Kaldjian et al. 2004a Curlin et al. 2008 Thomas et al. 2014	Emanuel et al. 2000 Kersh et al. 2000 Cavalieri et al. 2002 Essinger 2003 Kaldjian et al. 2004b Craig et al. 2007 Thomas et al. 2014		
Puerto Rico		Ramirez R. 2000 [Abstract] Ramirez-Rivera et al. 2006		
Lateinamerika				

5.5 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

5.5.1 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Ostasien

Japan: Bei der Anfang der 1990er Jahre durchgeführten Untersuchung von Ruhnke et al. wurde japanischen Ärzten ein Fallbeispiel vorgestellt: Eine Patientin mit unheilbarer Krebserkrankung würde innerhalb von sechs Wochen sterben, sie habe heftige, vermutlich bleibende Schmerzen und frage den Arzt nach einer großen Menge an Schmerztabletten, um ihr Leiden früher zu beenden indem sie sich mittels Überdosis selbst töte. Falls der Arzt diese Patientin ein einziges Mal getroffen und nur grundlegende Informationen über ihre Krankengeschichte hätte, waren 8% der japanischen Teilnehmer der Meinung, dass er dieser Patientin die verlangten Tabletten zur Verfügung stellen sollte. Falls der Arzt die Patientin sehr gut und schon seit 20 Jahren gekannt hätte, sah es ein Viertel der japanischen Teilnehmer als richtig an, dem Wunsch der Patientin nachzukommen (25%). (R = 68%; n = 273) (Ruhnke et al. 2000)

Südkorea: Bei der Untersuchung von Yun et al. wurden in den Jahren 2008 und 2009 südkoreanische Onkologen auch nach ihrer Meinung zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung gefragt. Hier billigten nur 6% der Teilnehmer die Praktik, einem terminal kranken Patienten ein Rezept für eine Medikation zur Verfügung zu stellen, die der Patient mit der primären Intention Leben zu beenden nutzen könne. (R = 81%, n = 303) (Yun et al. 2011)

5.5.2 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Indien

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.5.3 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung im Nahen und Mittleren Osten

Ägypten: In den Jahren 2009 und 2010 wurden in Alexandria, Ägypten, Ärzte in Weiterbildung zu Wissen und Praxis in Fragen der Medizinethik befragt. Hier stimmten nur 2% der Teilnehmer der Aussage zu, dass ein Patient, der zu sterben wünsche, dabei

unterstützt werden sollte. 98% der Teilnehmer sprachen sich gegen diese Beihilfe zur Selbsttötung aus. (R = 50%; n = 128) (Mohamed et al. 2012)

Saudi-Arabien: Die Studie von Mobeireek et al., durchgeführt in Saudi-Arabien und veröffentlicht im Jahr 2008, nutzte dasselbe Fallbeispiel wie Ruhnke et al. in ihrer Veröffentlichung aus dem Jahr 2000. Eine Patientin, terminal erkrankt an einem irreversiblen Krebsleiden, würde innerhalb von sechs Wochen sterben. Sie leide an heftigen und vermutlich bleibenden Schmerzen und frage den Arzt nach einer großen Menge an Schmerztabletten, um ihr Leiden früher zu beenden, indem sie sich mittels Überdosis selbst töte. 7% der saudi-arabischen Teilnehmer äußerten, dass der Arzt die große Menge an Tabletten zur Verfügung stellen sollte, falls er die Patientin nur ein einziges Mal getroffen hätte. Falls ihm die Patientin seit 20 Jahren wohlbekannt wäre, sahen es 10% der saudi-arabischen Teilnehmer als richtig an, ihr das Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung zu stellen. (R = unbek.; n = 321) (Mobeireek et al. 2008)

Türkei: In der Türkei wurde in den Jahren 2007 und 2008 eine Befragung durchgeführt, die ebenfalls auf dem Fragebogen von Ruhnke et al. (2000) basierte. Falls der Arzt im Fallbeispiel die hypothetische, terminal kranke, an schweren refraktären Schmerzen leidende Patientin, die den Wunsch geäußert habe, ausreichend Schmerztabletten zu erhalten, um sich damit mittels Überdosis selbst töten zu können, nur einmal getroffen hätten, sprachen sich 12% der türkischen Teilnehmer dafür aus, dem Wunsch der Patientin nachzugehen. Sollte der Arzt die Patientin sehr gut seit 20 Jahren kennen, wuchs dieser Anteil auf 29%. (R = 14%; n = 4084) (Bukun und Balseven-Odabasi 2013)

5.5.4 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Israel

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.5.5 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in den USA

Die bereits in Zusammenhang mit der japanischen Klientel dieser Untersuchung zitierte Studie von Ruhnke et al., durchgeführt Anfang der 1990er Jahre, befasste sich auch mit einer Teilgruppe von Ärzten aus dem Westen der USA. Den Studienteilnehmern wurde ein

Fallbeispiel vorgestellt: Eine Patientin, erkrankt an einem unheilbaren Krebsleiden, würde innerhalb von sechs Wochen sterben. Sie habe heftige, vermutlich bleibende Schmerzen und frage den Arzt nach einer großen Menge an Schmerztabletten, um ihr Leiden früher zu beenden, indem sie sich mittels Überdosis selbst töte. Falls der Arzt die Patientin nur einmal getroffen und lediglich einen grundlegenden Einblick in ihre Patientengeschichte gehabt hätte, waren 5% der US-amerikanischen Teilnehmer der Meinung, dass er der Patientin die erbetenen Tabletten zur Verfügung stellen sollte. Falls er die Patientin sehr gut und seit 20 Jahren gekannt hätte, sah es über ein Drittel als richtig an, dem Wunsch der Patientin nachzugehen (39%). (R = 82%; n = 98) (Ruhnke et al. 2000)

Bei der Untersuchung von Willems et al., durchgeführt Mitte der 1990er Jahre an einer ärztlichen Klientel aus Oregon, wurde anhand von vier Patientenbeispielen auch die Akzeptanz der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung analysiert. Im Fall eines Patienten mit metastasiertem Krebsleiden, das die Knochen befallen habe, und daraus resultierenden entsetzlichen, mit bisherigen Mitteln nicht kontrollierbaren Schmerzen, sahen es über die Hälfte der Ärzte als angemessen an, diesem Patienten, sollte er danach verlangen, bewusst Substanzen zu verschreiben, mithilfe derer er sich mittels Überdosis selbst töten könne (53%). Die folgenden drei Patientenbeispiele behandeln terminal an einem Krebsleiden erkrankte Patienten mit einer Überlebenszeit von wenigen Monaten, Schmerzen seien jeweils nicht vorhanden beziehungsweise gut kontrolliert und eine klinische Depression sei ausgeschlossen worden. Bei einem zusätzlich entkräfteten und bettlägerigen Patienten, der sich nicht mehr selbst versorgen könne, sahen es 37% der Teilnehmer als angemessen an, bei einer entsprechenden Selbsttötung zu assistieren. Bei einem Patienten, der zunehmend darüber besorgt sei, seine Familie mit seinem körperlichen Verfall und Tod zu belasten, obwohl er sich aktuell noch selbst versorgen könne, wählten 24% der Teilnehmer diese ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung als Handlungsoption. Bei einem Patienten, der sein Leben mit der terminalen Erkrankung bedeutungslos und zwecklos finde, befanden 21% der Teilnehmer eine entsprechende ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung als angemessen. Gefragt nach dem eigenen Handeln, gaben 7% der Teilnehmer aus Oregon an, bereits Beihilfe zur Selbsttötung geleistet zu haben. Die Praktik war zu diesem Zeitpunkt in Oregon noch nicht legal (cf. Ganzini et al. 2001, s.u.). (R = 80%; n = 152) (Willems et al. 2000)

Im Zuge einer im Jahr 1997 durchgeführten Untersuchung wurde eine Stichprobe von Ärzten aus den gesamten USA zu ihrer Meinung hinsichtlich einer möglichen Legalisierung von ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung befragt. Hier gaben 45% der Teilnehmer an, dass diese Praktik definitiv oder wahrscheinlich legalisiert werden sollte, 22% waren unentschlossen und

34% sprachen sich gegen eine Legalisierung aus. Definiert wurde die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung als die Praktik, einem Patienten ein Rezept für eine Medikation zur Verfügung zu stellen, damit der Patient sie mit der primären Intention sein Leben zu beenden nutze. (R = 71%; n = 658) (Whitney et al. 2001)

Im Jahr 1999 wurde in Oregon eine Untersuchung zur Akzeptanz der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung durchgeführt, nachdem in diesem Bundestaat mit dem *Oregon Death with Dignity Act*, in Kraft getreten im Jahr 1997, die Praktik unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert worden ist. Studienklientel waren in Oregon praktizierende Ärzte. Knapp ein Drittel der Befragten billigte die Aussage „Ein tödliches Rezept auszustellen ist unmoralisch oder unethisch.“ und sprach sich somit gegen eine ärztlich assistierte Selbsttötung aus (30%). Über die Hälfte der Teilnehmer lehnten diese Aussage ab und sprachen der Praktik somit eine moralische und ethische Berechtigung zu (59%). 32% standen in Opposition zum *Death with Dignity Act* oder einer Legalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung und 51% unterstützten das Gesetz beziehungsweise die Legalisierung. Dieses Meinungsbild zugunsten der ärztlich assistierten Selbsttötung wird durch die Antworten zur Frage relativiert, ob man gewillt wäre, eine tödliche Medikation entsprechend dem *Death with Dignity Act* zu verschreiben: Nur ein Drittel der Teilnehmer gab an, bereit zu sein, dies zu tun (34%), wohingegen knapp die Hälfte dazu nicht geneigt war (46%). (R = 66%; n = 2641) (Ganzini et al. 2001)

Bei der im Jahr 1999 in Connecticut durchgeführten Untersuchung von Kaldjian et al. stimmten 32% der befragten Internisten der Aussage zu, dass ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Umständen ethisch angemessen sei, und 49% widersprachen dieser Aussage. 28% der Teilnehmer sprachen sich für und 53% gegen eine Legalisierung einer gewissen Form dieser Praktik in Connecticut aus. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung wurde definiert als das vorsätzliche Verschreiben einer tödlichen Dosis einer Medikation, damit ein Patient sie einnehme und sein Leben beende. (R = 47%; n = 677) (Kaldjian et al. 2004b)

Bei der vom selben Autor im selben Bundesstaat im darauffolgenden Jahr durchgeführten Untersuchung wurden Ärzten in Weiterbildung, ebenfalls im Fachbereich der Inneren Medizin, ähnliche Fragen gestellt. Hier stimmten 35% der Teilnehmer der Aussage zu, dass ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in bestimmten Fällen ethisch angemessen sei, und 33% äußerten, dass diese Praktik in gewisser Form legalisiert werden sollte. Jeweils wenig über 40% der Teilnehmer standen in beiden Fällen in Opposition. Diese Untersuchung nutzte

dieselbe Definition der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. (R = 97%; n = 236) (Kaldjian et al. 2004a)

Essinger befragte im Jahr 2000 eine ärztliche Klientel aus Tennessee zu diesem Thema. Hier waren 52% aller Teilnehmer der Meinung, dass die Beratung eines Patienten bei der Einnahme einer tödlichen Überdosis niemals ethisch gerechtfertigt sei, wohingegen 38% die Beratung billigten und 32% angaben, dass sie persönlich eine Medikation zur Überdosis verschreiben oder diesbezüglich beraten würden. In Bezug auf die Möglichkeit einer Legalisierung der ärztlichen Beratung zur Selbsttötung waren die Parteien gleichmäßig gespalten, 45% der Ärzte stimmten dafür und 45% stimmten dagegen. (R = 34%; n = 365) (Essinger 2003)

Im Jahr 2000 veröffentlichten Emanuel et al. eine Studie zu diesem Thema, die US-amerikanischen Teilnehmer waren im Fachbereich der Onkologie tätig und arbeiteten explizit mit Patienten am äußersten Lebensende. Die Antworten wurden jeweils für internistische Onkologen, chirurgische Onkologen und Radioonkologen gesondert dargestellt. Zuspruch für ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung bei Patienten mit entsetzlichen Schmerzen war bei 21% der internistischen Onkologen, bei 32% der chirurgischen Onkologen und bei 27% der Radioonkologen zu finden. Persönlich bereit, eine derartige Beihilfe zu leisten, zeigten sich 14% der internistischen Onkologen, 22% der chirurgischen Onkologen und 18% der Radioonkologen. Es erklärten 11% der internistischen Onkologen, bisher schon Beihilfe zur Selbsttötung geleistet zu haben, sowie 12% der chirurgischen Onkologen und 13% der Radioonkologen. Wobei mit 62% die meisten internistischen Onkologen von Erfahrungen mit diesbezüglichen Anfragen in ihrer Laufbahn berichteten, in der Gruppe der chirurgischen Onkologen betrug dieser Anteil 44% und bei den Radioonkologen 50%. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung wurde definiert als das vorsätzliche Verschreiben von Medikamenten, sodass ein Patient sein Leben mittels Überdosis beenden könne. (R = unbek.; n = 2501 Internisten; 239 Chirurgen; 331 Radioonkologen) (Emanuel et al. 2000)

Ebenfalls im Jahr 2000 wurde eine Studie zum Thema veröffentlicht, die auf einer Befragung von Ärzten aus New Jersey beruht. 42% dieser Teilnehmer äußerten, dass ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unmoralisch sei. Einschränkend gaben 60% an, dass diese Praktik in manchen Fällen ethisch angemessen sei. Über die Hälfte der Teilnehmer billigte eine Gesetzgebung, die die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung legalisieren würde (53%). Gefragt nach ihrem eigenen Verhalten, falls diese Praktik in New Jersey legal wäre, zeigten sich fast drei Viertel der Befragten aufgeschlossen: Bei Anfrage eines Patienten nach einem Rezept für eine tödliche Dosis einer Substanz, würden ihn 42% der Teilnehmer zu einem hierzu bereiten

Versorger übermitteln und 29% das Rezept selbst ausstellen. 17% der Teilnehmer gaben an, sie würden in einer solchen Situation weder ein entsprechendes Rezept ausstellen, noch den Patienten für diesen Zweck an einen Kollegen überweisen. (R = 34%; n = 191) (Kersh et al. 2000)

Im Jahr 2002 wurde eine ähnliche Studie zum Thema der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung veröffentlicht, in der die Antworten von US-amerikanischen osteopathisch tätigen Ärzten dargestellt wurden. 63% der Teilnehmer stimmten der allgemeinen Aussage zu, dass es unmoralisch wäre, einem kompetenten Patienten ein Rezept auszustellen, zu nutzen mit der primären Intention dessen Leben zu beenden. Allerdings äußerten auch 43%, sie dächten, dass es einige Fälle gebe, in denen es ethisch angemessen wäre ein derartiges Rezept auszustellen. 45% der Befragten unterstützten die Legalisierung von ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung. Gefragt, wie sie reagieren würden, falls ein terminal kranker Patient Beihilfe zur Selbsttötung anfordern würde und dies in ihrem Staat legal wäre, antworteten die Ärzte folgendermaßen: 37% zeigten sich ablehnend, indem sie weder ein entsprechendes Rezept ausstellen noch den Patienten zu diesem Zweck an einen Kollegen überweisen würden. 34% würden den Patienten an einen Arzt überweisen, der willens wäre ein entsprechendes Rezept auszustellen, und ein Anteil von 29% würde dem Wunsch des Patienten selbst nachkommen. (R = 35%; n = 1028) (Cavalieri et al. 2002)

Im Jahr 2003 wurden alle im Bundesstaat Vermont lizenzierten Ärzte nach ihrer Meinung bezüglich ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung gefragt. 38% der Teilnehmer äußerten, dass es in Vermont legalisiert werden sollte, einem Patienten eine tödliche Dosis einer Substanz zu verschreiben, falls dieser Patient an einer terminalen Erkrankung mit einer Überlebenszeit von weniger als sechs Monaten leide, geistig nicht eingeschränkt sei und mehrmals nach einer Beihilfe zur Selbsttötung frage. 16% sprachen sich dafür aus, dass diese Praktik gesetzlich verboten sein solle. 50% der Teilnehmer zeigten sich bereit, im Fall einer Legalisierung auch Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, und 38% äußerten, dass sie dies nicht tun würden. (R = 48%; n = 1052) (Craig et al. 2007)

Bei der ebenfalls im Jahr 2003 von Curlin et al. durchgeführten Studie wurde nach Einwänden gegenüber bestimmten Praktiken am Lebensende gefragt. Studienobjekt war eine Stichprobe von Ärzten aus den gesamten USA, modifiziert mit Psychiatern und Ärzten aus Fachrichtungen, die insbesondere mit Tod und heftigem Leid zu tun haben. 69% der Teilnehmer äußerten Einwände gegenüber der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. (R = 63%; n = 1144) (Curlin et al. 2008)

Die Studie von Thomas et al., durchgeführt in den Jahren 2010 und 2011 in Connecticut, untersuchte auch zu diesem Thema die Antworten einer Teilgruppe von Hausärzten und Internisten sowie einer Teilgruppe von Ärzten in Weiterbildung. Ein Fallbeispiel zeigte einen 80jährigen Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs, eine Depression sei nicht vorhanden und die Schmerzen seien unter Kontrolle. Falls der Patient es nicht ertrage so geschwächt zu sein und deshalb um ausreichend Schlaftabletten bitte, so dass er sie nutzen könne um sich selbst zu töten, gaben 3% der Hausärzte und Internisten sowie 5% der Ärzte in Weiterbildung an, sie würden dem Wunsch des Patienten entsprechen. (Ärzte: R = 48%; n = 191; - Ärzte in Weiterbildung: R = 69%; n = 240) (Thomas et al. 2014)

5.5.6 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Puerto Rico

Die beiden bereits in den vorhergehenden Kapiteln vorgestellten Arbeiten von Ramirez-Rivera et al. zeigen auch zu diesem Thema Antworten von puerto-ricanischen Studienteilnehmern.

Im vorliegenden Abstract der Mitte der 1990er Jahre durchgeführten Studie wurde angegeben, dass im Fall einer Legalisierung der Praktik einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung 50% der Medizinstudenten keine Einwände erhoben hätten, sowie 43% der Ärzte in Weiterbildung und 45% der Fakultätsmitglieder. (R = unbek.; n = 279 Medizinstudenten, 75 Ärzte in Weiterbildung, 35 Internisten) (Ramirez Rivera et al. 2000)

Bei der im Jahr 2004 durchgeführten Untersuchung wurde nach der persönlichen Einstellung im Fall einer Legalisierung der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung gefragt. Sich in diesem Fall auch an der Praktik beteiligen, würden 13% der Medizinstudenten, 18% der Ärzte in Weiterbildung und 11% der Fakultätsmitglieder. 46% der Medizinstudenten, 40% der Ärzte in Weiterbildung und 52% der Fakultätsmitglieder würden sich anderen, welche ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung leisteten, zumindest nicht entgegenstellen, auch wenn sie selbst nicht bereit wären sich an der Praktik zu beteiligen. 28% der Medizinstudenten, 31% der Ärzte in Weiterbildung und 36% der Fakultätsmitglieder standen der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung gänzlich ablehnend gegenüber, indem sie sich auch anderen entgegenstellen würden, die sich bei dieser Praktik beteiligten. (R = unbek.; n = 152 Medizinstudenten, 62 Ärzte in Weiterbildung (Fachbereich Innere Medizin), 84 Ärzte (Fakultätsmitglieder)) (Ramirez-Rivera et al. 2006)

5.5.7 Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung in Lateinamerika

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.5.8 Qualitativer Vergleich: Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

Es liegen 19 Studien vor, die die moralische Einstellung von Ärzten und Studierenden der Humanmedizin zum Thema der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung untersuchten. Sämtliche dieser Veröffentlichungen beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen. Zwei der Studien untersuchten Teilnehmer aus dem ostasiatischen Raum, drei Studien Teilnehmer aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, 13 Studien untersuchten US-amerikanische Teilnehmer und zwei der Studien Teilnehmer aus Puerto Rico. Es liegen keine Studien mit indischer, israelischer oder lateinamerikanischer Klientel zu diesem Thema vor. Somit ist hinsichtlich der Anzahl von Veröffentlichungen eine klare Häufung bei den Studien mit US-amerikanischer Klientel feststellbar.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien vergleichend vorgestellt.

Beide Studien mit ostasiatischer Klientel weisen gute Qualitätsmerkmale auf. Bei einer Studie sprachen sich 25% der japanischen Teilnehmer für eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung aus (Ruhnke et al. 2000), bei der anderen Untersuchung billigte unter den teilnehmenden Ärzten aus Südkorea nur ein Anteil von etwa 5% eine Praxis der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung (Yun et al. 2011).

Sieben der 13 Studien mit US-amerikanischen Teilnehmern weisen zumindest für Teilgruppen ihrer Studienklientel gute Qualitätsmerkmale auf. In diesen Teilnehmergruppen bewegte sich der Anteil von Befürwortern der Praktik einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung verhältnismäßig ausgeglichen zwischen etwa 60% (Ganzini et al. 2001) und maximal etwa 30% in einer Studie, in der untersucht wurde, ob bei ihren Teilnehmern Einwände gegenüber dieser Praktik vorlagen (Curlin et al. 2008). Eine von den Studien mit guten Qualitätsmerkmalen zeigte, dass der Anteil von Unterstützern einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung unter ihren Teilnehmern je nach zugrundeliegender Motivation des Patienten unterschiedlich hoch war: Etwa 20% bei empfundener Bedeutungs- und Zwecklosigkeit in Bezug auf das Leben mit terminaler Erkrankung bis etwa 55% bei nicht kontrollierbaren Schmerzen (Willems et al. 2000). Der Anteil von Teilnehmern, die sich für eine mögliche

oder bereits existente Legalisierung aussprachen, ist hiermit vereinbar: Unter den Studienergebnissen mit guten Qualitätsmerkmalen betrug dieser Anteil etwa 35% bis etwa 50%. Falls die Praktik gesetzlich erlaubt sei, zeigten sich etwa 35% einer Klientel dazu bereit bei einer Selbsttötung zu assistieren (Ganzini et al. 2001), zwei weitere Studien mit guten Qualitätsmerkmalen zeigen hier einen vergleichsweise deutlich geringeren Anteil von etwa 5%, einerseits von Teilnehmern, die berichteten unter allerdings illegalen Umständen bereits Beihilfe zur Selbsttötung geleistet zu haben (Willems et al. 2000), und andererseits von Probanden, die unter nicht explizit legalen Umständen eine diesbezügliche Handlungsbereitschaft äußerten (Thomas et al. 2014). Die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind größtenteils mit den bereits zitierten vereinbar, allerdings zeigen sich die Ergebnisse zur Handlungsbereitschaft und berichteten Praxis im Vergleich erhöht. So erklärten sich in einer dieser Studien 50% der Teilnehmer dazu bereit, unter legalen Umständen Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten (Craig et al. 2007). Bemerkenswert ist, dass sich bei zwei der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen unter hypothetischen legalen Umständen neben jeweils etwa 30% ihrer Teilnehmer, die eine persönliche Handlungsbereitschaft äußerten, auch 35% (Cavalieri et al. 2002) und etwa 40% (Kersh et al. 2000) in Bezug auf ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung aufgeschlossen zeigten, indem sie diese zwar nicht selbst durchführen würden, ihre Patienten allerdings zu diesem Zweck an dazu bereite Kollegen überweisen würden.

Für Ärzte aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens liegen nur Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen vor. Bei zwei dieser Arbeiten ist der Anteil von Teilnehmern, die eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unterstützten, verhältnismäßig gering mit nahezu 0% in einer ägyptischen Klientel (Mohamed et al. 2012) und 10% in einer saudi-arabischen (Mobeireek et al. 2008). Eine Studie zeigt unter ihren Teilnehmern aus der Türkei mit etwa 30% einen verhältnismäßig größeren Anteil von Ärzten, die eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung billigten (Bukun und Balseven-Odabasi 2013).

Auch die Ergebnisse mit puerto-ricanischen Teilnehmern sind aufgrund schlechter Qualitätsmerkmale wenig aussagekräftig. Die beiden bereits mehrfach zu anderen Themen zitierten Studien mit einer Klientel von Studierenden der Humanmedizin, Ärzten in Weiterbildung und Internisten bzw. Fakultätsmitgliedern zeigten folgende Ergebnisse: Bei der ersten Studie hätten im Fall einer Legalisierung zwischen etwa 40% und 50% der Teilnehmer keine Einwände erhoben (Ramirez Rivera et al. 2000) und bei der zweiten zeigten sich zwischen etwa 10% und etwa 20% dazu bereit, im Fall einer Legalisierung auch Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten (Ramirez-Rivera et al. 2006).

In der Synopsis lässt sich Folgendes feststellen. Unter den vorliegenden Studien wurden die verlässlichsten Ergebnisse mit US-amerikanischen Teilnehmern generiert, aufgrund von Quantität und Qualität der betreffenden Arbeiten. In Studien mit guten Qualitätsmerkmalen betrug der Anteil von Befürwortern einer ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung unter US-amerikanischen Ärzten zwischen maximal etwa 30% und etwa 60%. Der Anteil von Befürwortern einer Legalisierung fiel hier nur wenig geringer aus, allerdings zeigten bei guten Qualitätsmerkmalen maximal etwa 35% die Bereitschaft, unter legalen Umständen auch entsprechende Beihilfe zu leisten. Beide Studien mit ostasiatischer Klientel weisen gute Qualitätsmerkmale auf und zeigen eine Tendenz zu geringerem Zuspruch unter ihren Teilnehmern. Bei einer südkoreanischen Klientel lag der Anteil derjenigen, die eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung billigten, bei etwa 5% (Yun et al. 2011). Die andere Studie zeigte Zuspruch von 25% ihrer japanischen Teilnehmer (Ruhnke et al. 2000). Der Anteil von Befürwortern unter in selbiger Studie befragten US-amerikanischen Ärzten fiel mit knapp 40% deutlich höher aus, allerdings ist das Ergebnis der japanischen Teilgruppe nicht von dem generellen Meinungsbild der US-amerikanischen Probanden abgrenzbar, wie es sich in der Zusammenschau darstellt. Die Ergebnisse mit Probanden aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens sind aufgrund schlechter Qualitätsmerkmale wenig aussagekräftig. Der Anteil von Befürwortern liegt hier bei nahezu 0% (Mohamed et al. 2012), bei 10% (Mobeireek et al. 2008) und etwa 30% (Bukun und Balseven-Odabasi 2013). Aus demselben Grund sind auch die vorliegenden Ergebnisse mit puerto-ricanischer Klientel nicht belastbar. Hier erklärten sich zwischen etwa 10% und etwa 20% bereit im Fall einer Legalisierung auch Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten (Ramirez-Rivera et al. 2006) und zwischen etwa 40% und 50% äußerten, sie würden im Fall einer Legalisierung keine Einwände erheben (Ramirez Rivera et al. 2000). Es liegen keine Studien mit indischer, israelischer oder lateinamerikanischer Klientel vor. Verlässliche Ergebnisse bestehen ausschließlich bei untersuchten Gruppen aus den USA und aus Ostasien. Tendenziell am meisten Zuspruch findet sich bei den Teilnehmergruppen aus den USA. Diese Tendenz wird durch Einbezug der weniger verlässlichen Ergebnisse nicht verändert.

Tabelle 7: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Sedierung am Lebensende“

Thema: Sedierung am Lebensende				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Morita 2004a Morita 2004b Hamano et al. 2018	Morita et al. 2002		Chiu et al. 2001 Kohara et al. 2005 Phua et al. 2011 Gu et al. 2015 Imai et al. 2018
Indien				
Naher und Mittlerer Osten				Türker et al. 2014
Israel				Fainsinger et al. 2000 Azoulay et al. 2016
USA	Kaldjian et al. 2004a Curlin et al. 2008 Russel et al. 2010	Kaldjian et al. 2004b Pomerantz et al. 2004 Lux et al. 2017		Cowan et al. 2006 Elsayem et al. 2009
Puerto Rico				
Lateinamerika				

5.6 Sedierung am Lebensende

5.6.1 Sedierung am Lebensende in Ostasien

Japan: Im Jahr 2000 wurde eine Stichprobe von Onkologen und Palliativmedizinerinnen aus ganz Japan zu Erfahrungen und moralischer Einstellung in Bezug auf die Praktik einer Sedierung am Lebensende befragt. Ein technischer Fehler führte dazu, dass 73 Ärzten erneut ein Fragebogen zugesendet wurde, obwohl diese bereits teilgenommen hatten, und hier potentielle Doppelantworten nicht mehr detektiert werden konnten. Die Autoren der Studie gingen allerdings nur von einer geringfügigen Beeinflussung der Ergebnisse aus. In Fallbeispielen wurde ein an einer terminalen Krebserkrankung leidender Patient vorgestellt, der nach Beihilfe im Beschleunigen des Sterbeprozesses oder nach kompletter Sedierung bis zu seinem Tod verlange. Eine Depression sei nicht vorhanden. Sollte die Motivation für den Wunsch des Patienten in unerträglichen physischen Beschwerden, nämlich einer refraktären Atemnot, bestehen, wurde die kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod von 14% der Teilnehmer als starke Therapieoption und von 63% zumindest als Therapieoption angesehen. Sollte die Motivation für den Wunsch des Patienten in refraktärem psychologischem existentiellen Stress bestehen, war das Antwortverhalten der Teilnehmer mit 15% respektive 53% ähnlich. 65% der Teilnehmer gaben an, kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod bei physischen Beschwerden bereits durchgeführt zu haben, und 38% gaben an, diese Praktik bei psychologischen Beschwerden durchgeführt zu haben. (R = 50%; n = 697) (Morita et al. 2002)

Im Jahr 2003 wurde in Japan eine Befragung zur Anwendung der Sedierung am Lebensende bei psychoexistentiellem Stress durchgeführt. Studienklientel waren verantwortliche Ärzte von Palliativstationen aus dem gesamten Land. 36% der Teilnehmer gaben an, klinische Erfahrung mit kontinuierlicher tiefer Sedierung bis zum Tod bei psychoexistentiellem Leid zu haben. Für das vorausgegangene Jahr wurden 90 Fälle einer derartigen Sedierung bei psychoexistentiellem Stress und 8661 Todesfälle insgesamt in den Institutionen der Teilnehmer angegeben (Prävalenz = 1%). (R = 77%; n = 81) (Morita 2004b)

Vom selben Autor wurde eine weitere Studie veröffentlicht, bei der aufgrund von Angaben zu Klientel und Methodik davon auszugehen ist, dass diese mit denselben Probanden durchgeführt wurde, auch wenn sich im Text kein expliziter Hinweis darauf findet. Hier wurde die berichtete Prävalenz, vermutlich für das vorausgegangene Jahr, der

kontinuierlichen tiefen Sedierung bis zum Tod in den jeweiligen Institutionen der Teilnehmer erfragt und differenziert, ob die Sedierung wegen physischer Beschwerden oder wegen psychoexistentiellen Leids erfolgte. Bei physischen Beschwerden lag die Prävalenz bei $< 0,1$ in 41% der Institutionen, bei $0,1 - 0,5$ in 53% der Institutionen und bei $> 0,5$ in 6% der Institutionen. Die akkumulierte Prävalenz lag hier bei 0,2. Bei psychoexistentiellem Leid lag die Prävalenz bei 0,0 in 64% der Institutionen, bei $0,005 - 0,05$ in 32% der Institutionen und bei $> 0,1$ in 4% der Institutionen. Allerdings gaben nur 75% der Teilnehmer an, Erfahrungen mit refraktärem psychoexistentiellem Leid zu haben. Die akkumulierte Prävalenz der kontinuierlichen tiefen Sedierung bis zum Tod bei psychoexistentiellem Stress lag hier analog zur erstgenannten Studie bei 0,01. 84% der Teilnehmer waren der Meinung, dass ein Patient das Recht habe, eine kontinuierliche tiefe Sedierung bis zum Tod zu wählen. Bemerkenswert ist auch, dass über ein Viertel der Teilnehmer der Meinung waren, Leid am Lebensende sei bedeutungsvoll als eine Möglichkeit zum Wachstum (27%). (R = 77%; n = 81) (Morita 2004a)

Im Jahr 2016 wurden Ärzte, die über das Register der Japanischen Gesellschaft für Palliativmedizin identifiziert worden sind, zur Anwendung von Sedierung am Lebensende befragt. In Fallbeispielen mit einem terminal an einem Krebsleiden erkrankten Patienten wurden folgende Angaben variiert: Die voraussichtliche Überlebenszeit des Patienten, Klarheit und Beständigkeit des Patientenwunschs und das Vertrauen darauf, dass zu behandelnde Symptome refraktär seien. Mittels 5-Punkt-Likert-Skalen wurde gefragt, ob die Teilnehmer eine Sedierung bis zum Tod des Patienten durchführen würden. Bei einer Überlebenszeit von nur Tagen (versus Wochen und Monate) zusätzlich klarem und beständigem Patientenwunsch und zusätzlich sicherem Vertrauen darauf, dass die Symptome refraktär seien, lag der Mittelwert der Antworten zwischen 4 („Ich würde sie durchführen.“) und 5 („Ich würde sie definitiv durchführen.“). Diese Kombination von Variablen gibt am besten Auskunft über die grundlegende moralische Einstellung in Bezug auf die Anwendung einer Sedierung am Lebensende. Als Besonderheit ist anzumerken, dass 11% der Teilnehmer angaben, bei der Durchführung einer Sedierung am Lebensende gewissermaßen die Verkürzung des Überlebens zu intendieren. Ein Vorgehen mit dieser Intention entspricht einer vorsätzlichen Tötung, die Besonderheit wurde in entsprechendem Kapitel behandelt. (R = 63%; n = 440) (Hamano et al. 2018)

Die weiteren der zu diesem Thema vorliegenden Studien mit einer Klientel aus Ostasien basieren auf einer Auswertung von patientenbezogenen Daten, geben somit Auskunft über die

Anwendung der Sedierung am Lebensende und können rückwirkend einen Anhalt für die moralische Überzeugung der verantwortlichen Ärzte bieten.

In einer Arbeit wurden die medizinischen Daten von Patienten ausgewertet, die konsekutiv innerhalb des Jahres 1999 auf eine Palliativstation in Yamaguchi, Japan verlegt worden sind. Etwa die Hälfte dieser Patienten entwickelte unkontrollierbare, sowohl physische als auch psychische Symptome und erhielt eine Sedierung (n = 63). 70% dieser sedierten Patienten erhielten initial eine kontinuierliche Sedierung und 30% initial eine intermittierende Sedierung, wobei wiederum 80% dieser Patienten später eine kontinuierliche Sedierung benötigten. Somit erhielten 94% der sedierten Patienten und 48% aller beobachteten Patienten eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende, im Schnitt verstarben die Patienten 3,4 Tage nach Initiierung der Sedierung. Aufgrund der Methodik dieser Studie lassen sich die Angaben schlecht mit anderen Ergebnissen vergleichen, da nicht klar definiert wurde, ob stets eine Situation am unmittelbaren Lebensende vorlag. Allerdings gibt die Studie einen Anhaltspunkt dafür, dass kontinuierliche Sedierung am Lebensende routinemäßig in der untersuchten Palliativstation durchgeführt wurde. (n = 124) (Kohara et al. 2005)

Eine Studie zeigt eine Analyse von medizinischen Daten terminal an einem Krebsleiden erkrankter Patienten einer Palliativstation in Hamamatsu, Japan, die konsekutiv im Zeitraum von November 2015 bis März 2017 verstarben. Von diesen 398 Patienten erhielten 50 (13%) eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende, wovon 32 eine zu ihren Symptomen proportionale Sedierung erhielten und 18 eine tiefe Sedierung. (n = 398) (Imai et al. 2018)

China: In einer Studie wurden die medizinischen Daten von Patienten ausgewertet, die im Zeitraum von März 2007 bis September 2009 in einer onkologischen Palliativstation entsprechenden Einrichtung in Shanghai, China, konsekutiv verstorben sind. 34% der verstorbenen Patienten erhielten vor ihrem Tod eine Sedierung. In allen Fällen wurde die Sedierung zunächst intermittierend begonnen, wobei 24% der sedierten Patienten in eine kontinuierliche Sedierung überführt wurden. Auf die Gesamtheit bezogen, erhielten 8% der verstorbenen Patienten eine kontinuierliche Sedierung. (n = 244) (Gu et al. 2015)

Singapur: Von Phua et al. wurden medizinische Daten von sämtlichen erwachsenen Patienten ausgewertet, die im Jahr 2007 in einem in Singapur gelegenen Krankenhaus verstorbenen sind, ohne auf eine Intensivstation verlegt worden zu sein. Hier wurde angeführt, dass 2%

dieser Patienten in den letzten 24 Stunden ihres Lebens eine Sedierung erhielten. (n = 683) (Phua et al. 2011)

Taiwan: Von August 1998 bis Mai 1999 wurde eine Klientel von Krebspatienten beobachtet, die konsekutiv auf eine Palliativstation in Taipeh, Taiwan, verlegt worden sind. Von 251 Patienten, die verstarben, erhielten 28% eine Sedierung bei refraktären Symptomen. Auf diese sedierten Patienten bezogen erfolgte bei 37% die Sedierung initial als kontinuierlich und bei 10% initial intermittierend mit Überführung in eine kontinuierliche Sedierung. Insgesamt erhielten 13% der verstorbenen Patienten eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende. (n = 276) (Chiu et al. 2001)

5.6.2 Sedierung am Lebensende in Indien

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.6.3 Sedierung am Lebensende im Nahen und Mittleren Osten

Türkei: In den Jahren 2009 bis 2013 wurden in der Türkei Patientenakten retrospektiv ausgewertet. Die betreffenden 624 Patienten litten an einer Krebserkrankung im Endstadium, ihre Lebenserwartung betrug weniger als sechs Monate und sie verstarben im Krankenhaus. Die in den letzten zwei Lebenswochen durchgeführten Behandlungen wurden untersucht. 23 Patienten erhielten eine Sedierung am unmittelbaren Lebensende (4%). Methodisch ist diese Studie problematisch, da es Widersprüchlichkeiten in der Berechnung von Prozentzahlen gibt und Angaben fehlen, auf welche Anzahl verstorbener Patienten sich einzelne Werte jeweils beziehen. Außerdem wurde nicht vermerkt, ob die Patienten konsekutiv verstorben sind. Daher lassen sich Anteile nicht nachberechnen und für das aktuelle Thema ist die Aussagekraft der Studie begrenzt. Aussagekräftig ist allerdings, dass Sedierung am unmittelbaren Lebensende nur an zwei der acht an der Studie teilnehmenden Therapiezentren erfolgte. Diese beiden Zentren vereinigten 95 Patienten auf sich. (n = 624) (Turker et al. 2014)

5.6.4 Sedierung am Lebensende in Israel

Bei einer im Jahr 2000 veröffentlichten Studie wurden medizinische Informationen zu konsekutiv auf einer Palliativstation in Ramat Gan verstorbenen Patienten prospektiv gesammelt. 15% der Patienten erhielten eine Sedierung aufgrund unkontrollierter Symptome. (n = 100) (Fainsinger et al. 2000)

Eine zweite Studie basiert auf der retrospektiven Auswertung der medizinischen Unterlagen von im Jahr 2012 konsekutiv in ein Hospiz in Jerusalem verlegten Patienten. Von diesen Patienten erhielten 21% eine Sedierung um refraktäre Symptome zu lindern. 34% der sedierten Patienten erhielten eine tiefe kontinuierliche Sedierung und 34% eine zu ihren Symptomen proportionale kontinuierliche Sedierung. Auf die Gesamtheit der Patienten bezogen entspricht der Anteil kontinuierlich sedierter Patienten etwa 15%. (n = 179) (Azoulay et al. 2016)

5.6.5 Sedierung am Lebensende in den USA

Im Jahr 1999 wurden in Connecticut Internisten zu diesem Thema befragt. 77% der Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass eine Sedierung am äußersten Lebensende ethisch angemessen sei, falls ein Patient unlösbare Schmerzen habe. 8% der Teilnehmer sprachen sich gegen eine Sedierung am äußersten Lebensende aus. (R = 47%; n = 677) (Kaldjian et al. 2004b)

Im darauffolgenden Jahr wurde im selben Bundesstaat die moralische Einstellung von Ärzten in Weiterbildung im Fachbereich der Inneren Medizin eingeholt. Hier stimmten 66% der Teilnehmer der Aussage zu, dass eine Sedierung am äußersten Lebensende ethisch angemessen sei, falls ein Patient unlösbare Schmerzen habe. Wenig über 10% lehnten diese Praktik ab. (R = 97%; n = 236) (Kaldjian et al. 2004a)

Bei der Untersuchung von Curlin et al., durchgeführt im Jahr 2003 an Ärzten aus den gesamten USA, wurde nach Einwänden gegenüber verschiedener Praktiken am Lebensende gefragt. Die Stichprobe der Studienteilnehmer wurde modifiziert mit Psychiatern und Ärzten aus Fachrichtungen, die insbesondere mit Tod und heftigem Leid zu tun haben. Es sprachen sich 18% der Teilnehmer gegen eine Sedierung am äußersten Lebensende aus. (R = 63%; n = 1144) (Curlin et al. 2008)

Im Jahr 2004 wurde eine Studie veröffentlicht, die auf einer Befragung von Ärzten aus New Jersey basiert. Relativierend ist anzumerken, dass in dieser Studienklientel fast die Hälfte (47%) der Ansicht war, dass es nicht unmoralisch sei, eine Sedierung am äußersten Lebensende durchzuführen, mit der primären Intention, das Leben des Patienten zu beenden. Eine derartige Praktik entspräche einer vorsätzlichen Tötung. Dieses Studienergebnis wurde in entsprechendem Kapitel bereits angeführt. 92% der Teilnehmer gaben an, sie würden eine Sedierung am äußersten Lebensende unter Umständen durchführen. (R = 23%; n = 135) (Pomerantz et al. 2004)

Im Jahr 2007 wurden die Mitglieder der *American Academy of Neurology Ethics Section* zur Sedierung am Lebensende befragt. Die meisten Teilnehmer widersprachen der Aussage, dass Sedierung am Lebensende moralisch gleichwertig mit vorsätzlicher Tötung sei (83%). 92% der Teilnehmer hielten eine Sedierung am Lebensende bei Patienten mit metastasierten Krebsleiden für akzeptabel. (R = 74%; n = 111) (Russell et al. 2010)

Im Jahr 2010 wurden ärztliche Mitglieder der Amerikanischen Akademie für Hospiz- und Palliativmedizin zur Sedierung am Lebensende befragt. 65% der Teilnehmer waren der Ansicht, dass Sedierung bei refraktären Symptomen als Therapieoption genutzt werden dürfe, und 23% äußerten, dass dies nur bei unmittelbar bevorstehendem Sterben geschehen dürfe. Diese Darstellung suggeriert, dass 88% der Teilnehmer der Meinung waren, dass Sedierung am unmittelbaren Lebensende als Behandlungsoption genutzt werden dürfe. (R = 12%; n = 381) (Lux et al. 2017)

Bei einer Studie wurden medizinische Daten der ersten 1200 Patienten eines ambulanten Palliativteams aus Maryville, Tennessee, prospektiv gesammelt und ausgewertet. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom Jahr 2000 bis ins Jahr 2003. 2% der Patienten erhielten eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende zur Behandlung von Beschwerden, die nicht mit konventionellen Maßnahmen gelindert werden konnten. (n = 1200) (Cowan et al. 2006)

Bei einer anderen Untersuchung wurden medizinische Daten aller Patienten, die im Zeitraum der Jahre 2004 und 2005 auf eine Palliativstation in Houston, Texas, verlegt worden sind, retrospektiv ausgewertet. Anhand der dokumentierten Medikation und Symptomatik der Patienten konnten Rückschlüsse darauf getroffen werden, ob eine Sedierung bei unlösbaren Beschwerden erfolgt ist. Die Autoren dieser Untersuchung gaben an, dass die Sedierung nicht zur Behandlung von Angst und existentiellern Leid genutzt wurde. Von den 352 auf der

Palliativstation verstorbenen Patienten erhielten 143 eine entsprechende Sedierung (41%). (n = 1207) (Elsayem et al. 2009)

5.6.6 Sedierung am Lebensende in Puerto Rico

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.6.7 Sedierung am Lebensende in Lateinamerika

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.6.8 Qualitativer Vergleich: Sedierung am Lebensende

Zum Thema der Sedierung am Lebensende liegen 20 Studien vor. Zehn Studien beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen und zehn auf einer quantitativen Auswertung von medizinischen Daten. Sämtliche Arbeiten, die auf der Auswertung von Aussagen beruhen, hatten ostasiatische (vier Studien) oder US-amerikanische (sechs Studien) Teilnehmer. Von den Arbeiten, die auf der Auswertung von medizinischen Daten beruhen, untersuchten mit einer Anzahl von fünf die meisten ostasiatische Patienten, zudem wurden bei einer ostasiatischen ärztlichen Klientel, deren Aussagen quantitativ ausgewertet wurden, auch Informationen zur berichteten Prävalenz von Sedierung am Lebensende erfasst (Morita 2004b, Morita 2004a). Eine Arbeit untersuchte eine türkische Patientenklientel und jeweils zwei Arbeiten israelische und US-amerikanische Patienten.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Studien, die auf Aussagen beruhen vorgestellt. Sämtliche Studien mit ostasiatischer Klientel befragten Ärzte aus Japan und drei der vier Studien weisen gute Qualitätsmerkmale auf, wobei davon zwei Studien höchstwahrscheinlich dieselbe Klientel untersuchten. Somit liegen für zwei verschiedene ostasiatische Teilnehmergruppen verlässliche Ergebnisse vor. Die beiden Veröffentlichungen von Morita aus dem Jahr 2004 zeigen die Antworten einer vermutlich identischen Klientel von für japanische Palliativstationen verantwortlichen Ärzten (Morita 2004b, Morita 2004a). Hier waren etwa 85% der Teilnehmer der Ansicht, dass ein Patient das Recht habe eine kontinuierliche Sedierung bis zum Tod zu wählen. Bemerkenswert ist, dass über ein Viertel

der Teilnehmer der Meinung waren, Leid am Lebensende sei bedeutungsvoll als Möglichkeit zum Wachstum. Die Prävalenz von Sedierung am Lebensende in den Institutionen der Teilnehmer wurde von diesen mit 20% bei refraktären physischen Beschwerden und mit 1% bei refraktärem psychoexistenziellem Leid angegeben. Etwa 35% der Teilnehmer gaben an, Erfahrung mit Sedierung am Lebensende bei psychoexistenziellem Stress zu haben. Die dritte Studie mit guten Qualitätsmerkmalen untersuchte die moralische Einstellung ihrer Teilnehmer anhand von Likert-Skalen (Hamano et al. 2018). Hier war die grundlegende Bereitschaft zur Anwendung einer Sedierung am Lebensende sehr hoch. Die Ergebnisse der Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind mit diesen Ergebnissen vereinbar (Morita et al. 2002). Als zusätzliche Informationen wurde hier eine klinische Erfahrung mit Sedierung am Lebensende bei physischen Beschwerden von etwa 65% der Teilnehmer angegeben und etwa 70% der Teilnehmer sahen die Sedierung am Lebensende bei psychoexistenziellem Stress als Handlungsoption an. Die Ergebnisse mit japanischen Teilnehmern sind als Hinweis darauf zu deuten, dass Sedierung am Lebensende im Vergleich zu psychoexistenziellem Leid vorzugsweise bei physischen Beschwerden angewendet wird.

Unter den sechs Studien mit US-amerikanischen Teilnehmern weisen ebenfalls drei Arbeiten gute Qualitätsmerkmale auf. In einer dieser Untersuchungen sprachen sich etwa 65% einer Klientel bei unlösbaren Schmerzen für eine Sedierung am Lebensende aus und wenig über 10% dagegen (Kaldjian et al. 2004a). Bei der zweiten Studie mit guten Qualitätsmerkmalen sprachen sich etwa 20% einer Stichprobe von Ärzten gegen eine Sedierung am Lebensende aus (Curlin et al. 2008). Die dritte Studie mit guten Qualitätsmerkmalen zeigt einen Zuspruch von etwa 90% unter ihren Teilnehmern (Russell et al. 2010). In der letztgenannten Studie waren etwa 85% und etwa 80% der Teilnehmer der Ansicht, dass Sedierung am Lebensende nicht moralisch oder nicht gesetzlich mit einer vorsätzlichen Tötung gleichzusetzen sei. Die Ergebnisse der Studien mit schlechten Qualitätsmerkmalen sind mit diesen Ergebnissen vereinbar.

Im Vergleich zwischen den Arbeiten mit ostasiatischer (japanischer) und US-amerikanischer Klientel lässt sich kein klarer Hinweis auf Unterschiede in Bezug auf die grundlegende moralische Einstellung zur Anwendbarkeit einer Sedierung am Lebensende feststellen. In beiden Kollektiven sprach sich eine Mehrheit für die Sedierung am Lebensende aus und die Ergebnisse der japanischen Teilnehmer sind mit den Ergebnissen der US-amerikanischen Teilnehmer vereinbar. Die Arbeiten mit japanischer Klientel geben einen Hinweis darauf, wenn auch nicht gestützt auf bei guten Qualitätsmerkmalen generierte Ergebnisse, dass die

Ärztenschaft bei refraktärem psychoexistentiellem Stress widerwilliger eine Sedierung am Lebensende durchführt als bei refraktären physischen Beschwerden.

Die auf der Auswertung von medizinischen Daten beruhenden Studien sind in ihrer Aussagekraft begrenzt. Neun der zehn Studien analysierten ausschließlich Patientendaten aus jeweils einer einzelnen Institution, was eine geringe Verallgemeinerbarkeit zur Folge hat. Die zehnte Studie (Turker et al. 2014) sammelte zwar Patientendaten aus acht Zentren in der Türkei, doch ist ihre Aussagekraft aufgrund ihrer Methodik beschränkt. Unter den Arbeiten mit ostasiatischer Klientel schwankte der Anteil von Patienten, die eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende erhielten, in drei Studien zwischen etwa 10% und etwa 15% der untersuchten verstorbenen Patienten, eine Studie verzeichnete innerhalb eines ostasiatischen Krankenhauses unter Ausschluss der Intensivstation einen Anteil von 2% der untersuchten verstorbenen Patienten, die in den letzten 24 Lebensstunden eine nicht näher differenzierte Sedierung erhielten (Phua et al. 2011), und eine Studie ist inhaltlich schlecht vergleichbar, da nicht konkretisiert wurde, ob in jedem Fall eine Situation am Lebensende vorlag, doch gibt sie einen Hinweis darauf, dass an der untersuchten Institution kontinuierliche Sedierung am Lebensende routinemäßig durchgeführt wurde (Kohara et al. 2005). Die Studie mit türkischen Patienten ist für einen Vergleich insofern aussagekräftig, als sie beschreibt, dass Sedierung am Lebensende an zwei der acht untersuchten Behandlungszentren durchgeführt wurde (Turker et al. 2014). Bei den israelischen Untersuchungen lag der Anteil von Patienten, die am Lebensende eine nicht näher differenzierte Sedierung erhielten, auf die Gesamtheit der Verstorbenen bezogen bei 15% (Fainsinger et al. 2000) und etwa 20% (Azoulay et al. 2016). Die zweite Studie konkretisierte zusätzlich, dass etwa 15% der Verstorbenen eine kontinuierliche Sedierung am Lebensende erhielten. Für Patienten aus den USA zeigt eine Studie einen Anteil von 2% von Patienten, die eine Sedierung am Lebensende erhielten, bezogen auf die Gesamtheit der in einem bestimmten Zeitraum von einem ambulanten Palliativteam behandelten Patienten (Cowan et al. 2006). Eine weitere Studie mit US-amerikanischer Klientel verzeichnet einen Anteil von etwa 40% von Patienten, die eine nicht näher differenzierte Sedierung am Lebensende erhielten, bezogen auf die Gesamtheit der untersuchten verstorbenen Patienten (Elsayem et al. 2009).

In der Zusammenschau der auf patientenbezogenen Daten beruhenden Untersuchungen lässt sich Folgendes feststellen. Die Arbeiten mit ostasiatischer und israelischer Klientel sind miteinander vereinbar. Der größte Anteil von Patienten, die eine Sedierung am Lebensende

erhielten, ist in einer Untersuchung mit US-amerikanischer Klientel zu finden. Allerdings ist eine Abgrenzung der Arbeiten mit US-amerikanischen Patienten aufgrund fehlender Verallgemeinerbarkeit der jeweiligen Ergebnisse nicht möglich. Die vorliegenden Studien lassen allerdings darauf rückschließen, dass in Institutionen in Ostasien, in der Türkei, in Israel und in den USA Sedierungen am Lebensende offen durchgeführt wurden. Zu diesem Thema liegen keine entsprechenden Studien aus Indien, aus Puerto Rico oder aus Lateinamerika vor.

Tabelle 8: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende“

Thema: Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende				
	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $\geq 60\%$ und - Teilnehmerzahl ≥ 50 und - vollst. Veröff. vorliegend	quantitative Auswertung von Aussagen, Qualitätsmerkmale: - Rücklauf $< 60\%$ oder - Teilnehmerzahl < 50 oder - vollst. Veröff. nicht vorl.	qualitative Auswertung von Aussagen	quantitative Auswertung von medizinischen Daten
Ostasien	Ruhnke et al. 2000 Gabbay et al. 2005 Jiang et al. 2006 Huang et al. 2015 Ratanakaew et al. 2015	Gruber et al. 2008 Sittisombut et al. 2009		
Indien				
Naher und Mittlerer Osten	Obeidat und Khrais 2016	Qasem et al. 2002 [Abstract] Abu-Saad Huijer u. D. 2007 Mobeireek et al. 2008 Bukun und B. 2013		
Israel	Wenger und Carmel 2004	Ben Natan et al. 2009		
USA	Dickenson 2000 Ruhnke et al. 2000 Steinhauser et al. 2000 Gabbay et al. 2005			Lamont und Christakis 2001
Puerto Rico				
Lateinamerika	Alvarez-del-Rio et al. 2013	Bruera et al. 2000		

5.7 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende

5.7.1 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Ostasien

China: Im Jahr 2006 wurde eine Studie veröffentlicht, in der die Antworten von chinesischen Ärzten, die im Fachbereich der Onkologie tätig waren, untersucht wurden. 41% der teilnehmenden Ärzte waren der Ansicht, dass ein Patient mit terminaler Erkrankung über die Wahrheit informiert werden sollte. (R = 91%; n = 232) (Jiang et al. 2006)

Hongkong: Im Jahr 2008 wurde eine Studie veröffentlicht, die auf Aussagen von Medizinstudenten aus Hongkong beruht. Hier waren 29% der Teilnehmer der Ansicht, dass Patienten und deren Angehörigen übermittelte medizinische Informationen alles enthalten sollten. Diese Formulierung impliziert Situationen am Lebensende. (R = unbek.; n = 312) (Gruber et al. 2008)

Japan: Bei der Anfang der 1990er Jahre in Japan durchgeführten Untersuchung von Ruhnke et al. wurden Ärzte mit der Frage konfrontiert, ob sie einen Patienten mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankung über seine Diagnose informieren würden. 17% der japanischen Teilnehmer gaben an, sie würden zuerst dem Patienten die Diagnose mitteilen und diesen entscheiden lassen, ob seine Familie auch darüber informiert werden solle. Dem entgegengesetzt, hätten 80% der Teilnehmer zuerst die Familie aufgeklärt und diese auch entscheiden lassen ob der Patient seine Diagnose erfahren solle. Im Fall, dass die Familie des Patienten bereits aufgeklärt sei, allerdings nicht wünsche, dass der Patient seine Diagnose erfahre, gaben 8% der Ärzte an, dass der Patient trotzdem informiert werden sollte. (R = 68%; n = 273) (Ruhnke et al. 2000)

Bei einer in den Jahren 2003 und 2004 in Japan durchgeführten Untersuchung wurde in einem Fallbeispiel ein 50jähriger Patient mit fortgeschrittenem Magenkrebs und weitläufigen Metastasen in Leber und Lunge vorgestellt. Gefragt, wem diese Diagnose mitgeteilt werden sollte, antworteten 94% der teilnehmenden Ärzte, dass sowohl der Patient als auch dessen Familie informiert werden sollten, und 5% befanden, dass lediglich der Patient informiert werden sollte. Sofern keine Doppelantworten vorlagen, sprach sich zusammengefasst ein Anteil von 99% der japanischen Teilnehmer dafür aus, den Patienten über seine Diagnose zu informieren. Ein Anteil von 1% äußerte, dass nur die Familie des Patienten informiert werden

sollte, und keiner der japanischen Teilnehmer würde die Information zur Diagnose beiden Parteien vorenthalten. Gefragt, wem die Prognose eines bevorstehenden Todes desselben Patienten mitgeteilt werden sollte, antworteten 72% der Teilnehmer aus Japan, dass sowohl der Patient als auch dessen Familie darüber informiert werden sollten, und 23% äußerten, dass nur die Familie über die Prognose informiert werden sollte. 4% sprachen sich dafür aus, allein den Patienten über seinen bevorstehenden Tod zu informieren und ein Anteil von 1% hätte diese Information beiden Parteien vorenthalten. Zusammengefasst sprach sich ein Anteil von 76% der japanischen Teilnehmer dafür aus, den Patienten über seine Prognose zu informieren, sofern keine Doppelantworten vorlagen. Studienklientel waren Ärzte in Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin. (R = 74%; n = 244) (Gabbay et al. 2005)

Taiwan: In den Jahren 2010 und 2011 wurden die Antworten von taiwanesischen Hausärzten untersucht. Die Studienteilnehmer sollten angeben, was ihrer Einschätzung nach am ehesten Patientenwille sei. 21% der Ärzte vermuteten, dass Patienten nur über die Prognose von heilbaren Erkrankungen informiert werden wollen, was einen Vorbehalt von Informationen am Lebensende impliziert. 15% der Teilnehmer vermuteten, dass Patienten nicht die Wahrheit über ihre terminale Erkrankung erfahren wollen. (R = 89%; n = 177) (Huang et al. 2015)

Thailand: Im Jahr 2009 wurde eine Studie veröffentlicht, in welcher die Antworten einer Teilgruppe von Ärzten in Weiterbildung sowie einer Teilgruppe von Fakultätsmitgliedern aus einem Universitätsklinikum in Chiang Mai, Thailand, ausgewertet wurden. Aufgrund geringer Aussagekraft der Einzelergebnisse werden die Antworten aller Studienteilnehmer im Folgenden zusammengeführt dargestellt. Danach gefragt, welche Person sie über Diagnose und Prognose eines Patienten mit terminaler Krankheit aufzuklären präferierten, gaben 20% aller teilnehmenden Ärzte allein den Patienten an, 36% zogen es vor, sowohl Patient als auch dessen Familie zu informieren, und 42% zogen es vor, nur die Familie des Patienten über dessen terminale Erkrankung zu informieren. Danach gefragt, wie oft man im eigenen Handeln Patienten über deren terminale Diagnose und Prognose informiert habe, gaben 20% aller Teilnehmer an, dies bei jedem Patienten getan zu haben, und 38%, zumindest bei der Mehrheit der Patienten. 11% der Teilnehmer äußerten, manche Patienten entsprechend aufgeklärt zu haben, und 7% gaben an, dies bei keinem einzigen Patienten getan zu haben. (Ärzte in Weiterbildung: R = 50%, n = 31; Fakultätsmitglieder: R = 73%, n = 24) (Sittisombut et al. 2009)

In den Jahren 2014 und 2015 wurde in Thailand die moralische Einstellung von gynäkologischen Onkologen untersucht. Etwa ein Viertel der Teilnehmer befand sich noch in Weiterbildung. Etwa 76% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass die Möglichkeit bestünde, Patienten die Wahrheit über eine terminale Prognose mitzuteilen. (R = 67%; n = 170) (Ratanakaaew et al. 2015)

5.7.2 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Indien

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.7.3 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende im Nahen und Mittleren Osten

Jordanien: Eine Untersuchung, die in den Jahren 2014 und 2015 in Jordanien durchgeführt wurde, basiert auf der Arbeit von Ruhnke et al. aus dem Jahr 2000. Hier wurden im Fachbereich der Onkologie tätige Ärzte danach gefragt, wie bei einem Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung vorgegangen werden sollte. 79% der Teilnehmer äußerten, zuerst sollte der Patient über seine Diagnose informiert werden und dieser zu entscheiden haben, ob dessen Familie ebenfalls aufgeklärt werden solle. 51% stimmten der Aussage zu, dass zuerst die Familie des Patienten informiert werden sollte und diese zu entscheiden habe, ob der Patient über seine Erkrankung aufgeklärt werden solle. Diese Zahlen lassen erkennen, dass es offensichtlich Studienteilnehmer gab, die beiden Aussagen zugestimmt haben, auch wenn dies einen immanenten Widerspruch darstellt. Grund hierfür mag sein, dass die betreffenden Teilnehmer je nach Fall eine individuelle Vorgehensweise vorzogen. In dieser Studie wurden keine diesbezüglichen Erklärungsversuche angegeben. Falls die Familie des Patienten bereits aufgeklärt worden sei, allerdings nicht wünsche, dass der Patient seine Diagnose erfahre, gaben 73% der Teilnehmer an, dass der Patient trotzdem informiert werden sollte. (R = 71%; n = 86) (Obeidat und Khrais 2016)

Kuwait: Es liegt das Abstract einer Arbeit vor, veröffentlicht im Jahr 2002, das Antworten von kuwaitischen Ärzten zeigt. 67% der Teilnehmer präferierten es, Patienten die Diagnose einer Krebserkrankung vollständig mitzuteilen. Diese Formulierung impliziert auch Aufklärung über eine Situation am Lebensende. Allerdings gaben 79% der Teilnehmer, die

eine Offenlegung der Diagnose gegenüber den Patienten vorzogen, an, sie würden die Wahrheit zurückhalten, sollte dies von der Familie des Patienten erbeten sein. Rückberechnend kann man somit feststellen, dass höchstens 14% der Teilnehmer es vorzogen, einem Patienten die vollständige Diagnose mitzuteilen, auch wenn dessen Angehörige dies nicht wünschten. (R = unbek.; n = 217) (Qasem et al. 2002)

Libanon: Im Jahr 2007 wurde eine Studie veröffentlicht, die die Antworten von Ärzten aus dem Libanon untersuchte. Hier wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie routinemäßig terminal erkrankte Patienten über ihre Diagnose aufklären. 25% der Teilnehmer verneinten diese Frage, 15% bejahten sie und 29% äußerten, dass sie ihr Handeln von den Wünschen der Familie des Patienten abhängig machen. (R = 13%; n = 240) (Abu-Saad Huijer und Dimassi 2007)

Saudi-Arabien: Im Jahr 2008 wurde eine Studie veröffentlicht, in der die Antworten von Ärzten aus Saudi-Arabien untersucht wurden. Der zugrundeliegende Fragebogen stammt aus der Arbeit von Ruhnke et al. aus dem Jahr 2000. Gefragt, ob einem Patienten mit einer unheilbaren fortgeschrittenen Krebserkrankung die Diagnose mitgeteilt werden sollte, antworteten 67% der Teilnehmer, der Arzt sollte zuerst den Patienten informieren und diesen entscheiden lassen, ob dessen Familie ebenfalls aufgeklärt werden solle. 48% gaben an, der Arzt sollte zuerst die Familie des Patienten informieren und diese entscheiden lassen, ob auch der Patient aufgeklärt werden solle. Auch diese Zahlen erscheinen widersprüchlich, da sie implizieren, dass es Studienteilnehmer gab, die beiden Möglichkeiten zugestimmt haben. Grund hierfür mag sein, dass die betreffenden Ärzte eine von Fall zu Fall individuelle Vorgehensweise präferierten. Genaue Angaben hierüber wurden in der Veröffentlichung nicht gemacht. Im Fall, dass die Familie des Patienten bereits aufgeklärt worden sei, allerdings nicht wünsche, dass der Patient seine Diagnose erfahre, gaben 56% der Teilnehmer an, dass der Patient trotzdem informiert werden sollte. (R = unbek.; n = 321) (Mobeireek et al. 2008)

Türkei: Auch die in den Jahren 2007 und 2008 in der Türkei durchgeführte Untersuchung von Buken und Balseven-Odabasi beruht auf dem Fragebogen von Ruhnke et al. aus dem Jahr 2000. Gefragt, wie die Diagnose eines Patienten mit unheilbarer fortgeschrittener Krebserkrankung zu übermitteln sei, antworteten die türkischen Teilnehmer folgendermaßen: 61% stimmten einem Vorgehen zu, bei dem zuerst der Patient informiert werde und dieser daraufhin zu entscheiden habe, ob auch dessen Angehörige die Diagnose erfahren sollten.

48% hießen eine Vorgehensweise gut, bei der zuerst die Familie des Patienten über dessen Diagnose informiert werde und diese daraufhin zu entscheiden habe, ob auch der Patient darüber aufgeklärt werden solle. 59% der türkischen Teilnehmer waren der Ansicht, dass der Patient seine Diagnose einer terminalen Erkrankung auch dann erfahren sollte, wenn dessen Familie dies nicht wünsche. Auch bei dieser Untersuchung fällt auf, dass mehrere Teilnehmer sowohl der Vorgehensweise zustimmten, zuerst den Patienten zu informieren, als auch der Vorgehensweise, zuerst dessen Familie aufzuklären. Dies mag Ausdruck einer Bevorzugung von je nach Fall individuellem Vorgehen bei der Informationsübermittlung am Lebensende sein. (R = 14%; n = 4084) (Bukun und Balseven-Odabasi 2013)

5.7.4 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Israel

Ende der 1990er Jahre wurden bei der Untersuchung von Wenger und Carmel in Israel auch Fragen zur Informationsübermittlung am Lebensende gestellt. 72% der Studienteilnehmer stimmten der Aussage zu, dass der Arzt einem Patienten mitteilen sollte, falls bei diesem eine metastasierte Krebserkrankung ohne Aussicht auf Heilung diagnostiziert worden sei. Einige Fragen wurden mithilfe von Likert-Skalen gestellt (1 bis 5 mit steigender Zustimmung). Der Mittelwert zu der Frage, ob ein Patient über seine Prognose informiert werden sollte, wenn dieser sich dem Tod nähere, lag indifferent bei 3,09. Bei der auf die ärztliche Praxis bezogenen Frage, ob man dazu neige, einen eigenen Patienten über dessen Prognose aufzuklären, selbst wenn dieser nah am Tod sei, lag der Mittelwert bei 2,64. (R = 72%; n = 443) (Wenger und Carmel 2004)

Im Jahr 2009 wurde eine weitere Studie veröffentlicht, die diesbezügliche Antworten israelischer Ärzte untersuchte. Gefragt, ob sie im eigenen Handeln terminal erkrankten Patienten schlechte Neuigkeiten oder eine ungünstige Prognose mitteilten, gaben 63% der Teilnehmer an, dies immer zu tun, und 24% gaben an, dies nur in manchen Fällen zu tun. 12% verneinten die Frage. (R = unbek.; n ≥ 91) (Ben Natan et al. 2009)

5.7.5 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in den USA

An der bereits in Zusammenhang mit ihrer japanischen Klientel zitierten Studie von Ruhnke et al., durchgeführt Anfang der 1990er Jahre, nahm auch eine Teilgruppe aus dem Westen der

USA teil. Gefragt wurde, wie ein Arzt hinsichtlich der Informationsübermittlung bei einem Patienten mit unheilbarer, fortgeschrittener Krebserkrankung vorgehen sollte. Die meisten US-amerikanischen Teilnehmer stimmten dafür, zuerst den Patienten über seine Diagnose zu informieren und diesen entscheiden zu lassen, ob dessen Familie ebenfalls aufgeklärt werden solle (80%). Ein ähnlich großer Anteil sprach sich auch dafür aus, den Patienten über seine Diagnose zu informieren, selbst wenn dessen Familie dies ausdrücklich nicht wünsche (79%). Nur 6% der US-amerikanischen Teilnehmer äußerten, der Arzt sollte zuerst die Familie des Patienten informieren und diese darüber entscheiden lassen, ob auch der Patient aufgeklärt werden solle. (R = 82%; n = 98) (Ruhnke et al. 2000)

Im Jahr 1999 wurde eine Befragung von US-amerikanischen Ärzten aus dem Fachbereich der Inneren Medizin durchgeführt. 88% dieser Teilnehmer sahen es als sehr wichtig an, dass man am Lebensende wisse, was man vom eigenen körperlichen Zustand zu erwarten habe. Somit sprachen sie sich für eine entsprechende Aufklärung von Patienten an ihrem Lebensende aus. (R = 74%; n = 361) (Steinhauser et al. 2000)

Die im Jahr 2000 veröffentlichte Studie von Dickenson et al. zeigt folgendes Ergebnis zum Thema. Unter den Teilnehmern vermuteten 29% der Internisten, 35% der Chirurgen und 29% der Ärzte in Weiterbildung, dass viele Patienten es vorzögen, nicht zu wissen, dass sie im Sterben liegen. (R = 100%, Teilnahme nicht optional; n = 144 Ärzte in Weiterbildung, 369 Internisten, 174 Chirurgen) (Dickenson 2000)

Die in den Jahren 2003 und 2004 durchgeführte Arbeit von Gabbay et al. zeigt neben den Ergebnissen mit einer japanischen Klientel auch Antworten von Ärzten aus Los Angeles, Kalifornien, die zum Zeitpunkt der Befragung in der Inneren Medizin weitergebildet wurden. Anhand eines hypothetischen 50jährigen Patienten mit fortgeschrittenem Magenkrebs und weitläufigen Metastasen in Leber und Lunge wurden Ansichten zur Informationsübermittlung am Lebensende in Erfahrung gebracht. Gefragt, wem diese Diagnose mitgeteilt werden sollte, antworteten 52% der US-amerikanischen Teilnehmer, sie sollte nur dem Patienten übermittelt werden, und 46% äußerten, dass sowohl der Patient als auch dessen Familie informiert werden sollte. Zusammengefasst sprach sich ein Anteil von 98% der US-amerikanischen Teilnehmer dafür aus, den Patienten über seine Diagnose zu informieren, sofern keine Doppelantworten vorlagen. Keiner der Teilnehmer aus den USA war der Ansicht, dass die Diagnose allein der Familie mitgeteilt werden sollte, und ein Anteil von 1% hätte die Information zur Diagnose beiden Parteien vorenthalten. Gefragt, wem mitgeteilt werden sollte, dass der Tod desselben Patienten bevorstünde, meinten 45% der US-amerikanischen Teilnehmer, nur dem Patienten, und 50%, sowohl dem Patienten als auch dessen Familie.

Zusammengefasst sprach sich ein Anteil von 95% der US-amerikanischen Teilnehmer dafür aus, den Patienten über seine Prognose zu informieren, sofern keine Doppelantworten vorlagen. Nur 1% der Teilnehmer hätte die Prognose allein der Familie des Patienten mitgeteilt und 4% gaben an, dass die Information über den bevorstehenden Tod beiden Parteien vorenthalten werden sollte. (R = 71%; n = 103) (Gabbay et al. 2005)

In einer Studie erfolgte eine Untersuchung von prospektiv gesammelten Angaben zu Patienten mit Krebserkrankung, die im Jahr 1996 in einem Zeitraum von 130 konsekutiven Tagen in ambulante Hospizprogramme in Chicago, Illinois, aufgenommen worden sind. Potentielle Probanden waren 412 Patienten. Von 258 Ärzten wurden Informationen zu 326 Patienten übermittelt und zu 300 Patienten wurden Angaben zur Offenlegung der Prognose am Lebensende gemacht. So ergibt sich ein Rücklauf von $300/412 = 73\%$. In Bezug auf die Aufklärung dieser Patienten lässt sich Folgendes erkennen: Bei 300 Patienten wurden Angaben zur Informationsübermittlung gemacht. 111 dieser 300 terminal erkrankten Patienten erfuhren eine der fachlichen Einschätzung entsprechende Prognose (37%). Bei 121 Patienten wurden Angaben verfälscht (40%), hier wurde in 85 Fällen eine optimistischere Prognose übermittelt (28%) und in 36 Fällen eine pessimistischere (12%). 68 Patienten wurde keine Prognose mitgeteilt (23%) (R = 73%; n = 300) (Lamont und Christakis 2001)

5.7.6 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Puerto Rico

Hierzu liegen keine Untersuchungen vor.

5.7.7 Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende in Lateinamerika

Argentinien und Brasilien: Im Jahr 1998 wurde eine Gruppe von in der Palliativmedizin tätigen Ärzten aus Argentinien und Brasilien von Bruera et al. auch zur Informationsübermittlung am Lebensende befragt. Ein verhältnismäßig kleiner Anteil von 17% der lateinamerikanischen Teilnehmer widersprach der Aussage, dass alle Patienten den terminalen Status ihrer Erkrankung wissen sollten. In der Veröffentlichung wird erklärt, dass die Teilnehmer aus Argentinien und Brasilien stark vermuteten, nur eine Minderheit ihrer Patienten würde über den terminalen Status ihrer Erkrankung informiert werden wollen.

Präzisierende Angaben hierzu sind allerdings lückenhaft. (R = 100%; n = 29) (Bruera et al. 2000)

Mexiko: In den Jahren 2011 und 2012 wurden die Ansichten von Ärzten aus Mexiko-Stadt, Mexiko, in Erfahrung gebracht. 85% der Teilnehmer hielten es für richtig, einen eigenen Patienten darüber zu informieren, falls sie wüssten, dass dessen Tod bevorstünde. 78% gaben an, dies in ihrem ärztlichen Handeln dergestalt zu tun. Die Hälfte der Befragten würde dem Wunsch von Patientenangehörigen nicht entsprechen, falls diese darum bäten, dem Patienten die Information über dessen bevorstehenden Tod vorzuenthalten (50%). (R = 99%; n = 413) (Alvarez-Del-Rio et al. 2013)

5.7.8 Qualitativer Vergleich:

Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende

Es liegen 19 Studien vor, die Aufschluss geben über moralische Einstellung und entsprechendes Handeln von Ärzten und Studierenden der Humanmedizin in Bezug auf die Offenlegung von Diagnosen und Prognosen in Situationen am Ende des Lebens. 18 Studien beruhen auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen und eine Studie basiert auf einer quantitativen Auswertung von patientenbezogenen Daten. Mit einer Anzahl von sieben untersuchten die meisten Studien ostasiatische Teilnehmer. Fünf Studien untersuchten Teilnehmer aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens und ebenfalls fünf Studien, einschließlich der auf patientenbezogenen Daten beruhenden Arbeit, untersuchten eine Klientel aus den USA. Jeweils zwei Arbeiten befassten sich mit israelischen und lateinamerikanischen Teilnehmern. Es liegen keine Studien mit einer Klientel aus Indien oder aus Puerto Rico vor.

Es folgt eine vergleichende Zusammenfassung der Studienergebnisse.

Fünf der sieben Studien mit ostasiatischer Klientel weisen gute Qualitätsmerkmale auf. Im Folgenden werden zunächst die Arbeiten mit guten Qualitätsmerkmalen vorgestellt. Hier zeigt sich bei japanischen Teilnehmern eine Besonderheit. Eine Studie untersuchte den Anteil von japanischen Teilnehmern, die es für richtig ansahen, einen Patienten mit weit fortgeschrittener Krebserkrankung in einer Situation am Ende seines Lebens über Diagnose und Prognose aufzuklären (Gabbay et al. 2005). Höchstwahrscheinlich sprachen sich die meisten dieser

Teilnehmer für eine Informationsübermittlung an den Patienten aus, mit etwa 100% (Diagnose) und etwa 75% (Prognose), auch wenn es jeweils die deutliche Mehrheit vorzog sowohl Patienten als auch dessen Angehörige zu informieren. Die Studie mit japanischer Klientel von Ruhnke et al aus dem Jahr 2000 ermittelte den diesbezüglichen Einfluss der Angehörigen von terminal erkrankten Patienten (Ruhnke et al. 2000). Hier zogen es 80% der japanischen Teilnehmer vor, die Angehörigen eines Patienten mit terminaler Krebserkrankung über dessen Diagnose zu informieren und diese entscheiden zu lassen, ob auch der betreffende Patient darüber informiert werden solle. Nur etwa 10% dieser japanischen Klientel hätten den Patienten auch gegen den Willen seiner Angehörigen über dessen Diagnose informiert. Diese beiden Studien lassen vermuten, dass unter japanischen Ärzten eine hohe Bereitschaft besteht, Patienten am Ende ihres Lebens umfassend zu informieren, allerdings bei starkem Einfluss der jeweiligen Patientenangehörigen. Bei einer Studie mit thailändischer Klientel äußerten ebenfalls die meisten Teilnehmer (etwa 75%), dass zumindest die Möglichkeit bestünde, einen terminal erkrankten Patienten über dessen Prognose zu informieren (Ratanakaaew et al. 2015). Eine Studie mit chinesischer Klientel zeigt mit etwa 40% einen etwas kleineren Anteil von Teilnehmern, die der Meinung waren, ein Patient in terminalem Zustand solle über seine Erkrankung informiert werden (Jiang et al. 2006). Gefragt, was dem eigenen Erachten nach Patientenwunsch sei, vermuteten 15% einer taiwanesischen Klientel, dass Patienten nicht die Wahrheit über ihre terminale Erkrankung erfahren wollen, und etwa 20% vermuteten, dass Patienten nur die Prognose von heilbaren Erkrankungen wissen wollen (Huang et al. 2015). In einer Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen, deren Teilnehmer Studierende der Humanmedizin aus Hongkong waren, sprach sich ein verhältnismäßig geringer Anteil von etwa 30% für eine vollständige Informationsübermittlung an Patienten oder Angehörige aus (Gruber et al. 2008). Die Ergebnisse einer weiteren Studie mit schlechten Qualitätsmerkmalen (Sittisombut et al. 2009) sind mit den bereits vorgestellten, bei guten Qualitätsmerkmalen generierten Ergebnissen vereinbar.

Drei der fünf Studien mit Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens basieren auf der bereits zitierten Arbeit von Ruhnke et al. aus dem Jahr 2000. Eine dieser Arbeiten zeigt bei guten Qualitätsmerkmalen, dass etwa 75% ihrer jordanischen Teilnehmer angaben, ein Patient solle am Ende seines Lebens auch gegen den Willen seiner Angehörigen über seine Diagnose informiert werden (Obeidat und Khrais 2016). Die übrigen Arbeiten mit Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens weisen schlechte Qualitätsmerkmale auf. Bei den anderen auf der Arbeit von Ruhnke et al. basierenden Studien betrug der Anteil von Teilnehmern, die sich für eine auch gegen den Willen der

Patientenangehörigen erfolgende Informationsübermittlung an den Patienten aussprachen, bei etwa 55% in einer Klientel aus Saudi-Arabien (Mobeireek et al. 2008) und bei etwa 60% in einer Klientel aus der Türkei (Bukun und Balseven-Odabasi 2013). In einer weiteren Studie wurde eine ähnliche Frage gestellt, hier sprach sich ein vergleichsweise geringer Anteil von maximal etwa 15% einer Klientel aus Kuwait für eine entsprechende Informationsübermittlung aus (Qasem et al. 2002). In einer Arbeit mit libanesischer Klientel, gaben 15% ihrer Teilnehmer an, terminal erkrankte Patienten routinemäßig über ihre Diagnose zu informieren (Abu-Saad Huijjer und Dimassi 2007).

Eine der beiden Studien mit israelischer Klientel weist gute Qualitätsmerkmale auf. Hier sprachen sich etwa 70% der Teilnehmer dafür aus, Patienten mit metastasierter Krebserkrankung ohne Aussicht auf Heilung über ihre Diagnose zu informieren (Wenger und Carmel 2004). Zwei Fragen wurden mittels Likert-Skalen gestellt (1 bis 5 mit steigender Zustimmung): Bei der Frage, ob man Patienten über ihren bevorstehenden Tod informieren sollte, war der Mittelwert der Antworten mit 3,09 verhältnismäßig indifferent und bei der Frage ob man im eigenen ärztlichen Handeln dazu neige, seinen Patienten über dessen Prognose zu informieren, auch wenn dieser nah am Tod sei, war der Grad der Zustimmung mit einem Mittelwert von 2,64 etwas niedriger. Die zweite Studie erfragte bei allerdings schlechten Qualitätsmerkmalen Praxis und Intention bei der Informationsübermittlung von ungünstigen Nachrichten am Lebensende (Ben Natan et al. 2009). Der Anteil derjenigen, die verneinten, im eigenen Handeln entsprechende Nachrichten zu übermitteln, lag bei nur etwa 10%.

Sämtliche der vier auf Auswertung von Aussagen beruhenden Studien mit US-amerikanischer Klientel weisen gute Qualitätsmerkmale auf. Bei der bereits zitierten Untersuchung von Gabbay et al. aus dem Jahr 2005 sprachen sich mit großer Wahrscheinlichkeit fast alle US-amerikanischen Teilnehmer dafür aus, einen Patienten mit weit fortgeschrittener Krebserkrankung in einer Situation am Ende seines Lebens über Diagnose und Prognose aufzuklären (etwa 100%: Diagnose und 95%: Prognose) (Gabbay et al. 2005). Bei der ebenfalls bereits zitierten Arbeit von Ruhnke et al. aus dem Jahr 2000 sprachen sich etwa 80% der US-amerikanischen Teilnehmer dafür aus, einen Patienten mit unheilbarer, fortgeschrittener Krebserkrankung auch gegen den ausdrücklichen Willen seiner Angehörigen über dessen Diagnose aufzuklären (Ruhnke et al. 2000). Ebenfalls 80% der US-amerikanischen Teilnehmer dieser Untersuchung äußerten die Meinung, dass zuerst der Patient entsprechende Informationen erhalten solle und dieser daraufhin zu entscheiden habe, ob auch dessen Angehörige aufgeklärt werden sollen. Bei einer weiteren Studie mit US-

amerikanischer Klientel stimmten etwa 90% der Teilnehmer der Aussage zu, dass es sehr wichtig sei am Lebensende zu wissen, was man vom eigenen körperlichen Zustand zu erwarten habe, und sprachen sich somit für eine umfassende Informationsübermittlung aus (Steinhauser et al. 2000). Bei einer Untersuchung wurden US-amerikanische Ärzte nach ihrer Einschätzung zum Patientenwillen gefragt (Dickenson 2000). Hier vermuteten in zwei Teilnehmergruppen etwa 30% und in einer Teilnehmergruppe 35%, dass viele Patienten es vorzögen, nicht zu wissen, dass sie im Sterben liegen. Eine Studie beruht auf der Auswertung von patientenbezogenen Daten (Lamont und Christakis 2001). Analysiert wurden Angaben über die Aufklärung terminal erkrankter, konsekutiv in US-amerikanische ambulante Hospizprogramme aufgenommener Patienten. Nur zu 300 von 412 (73%) potentiell verfügbaren Patienten wurden entsprechende Angaben von 258 Ärzten gemacht, was Aussagekraft und Verallgemeinerbarkeit einschränkt. Etwa der Hälfte dieser Patienten wurde eine der fachlichen Einschätzung entsprechende (37%) oder eine pessimistisch verfälschte Prognose (12%) mitgeteilt. Die übrigen Patienten erfuhren entweder keine (23%) oder eine optimistisch verfälschte Prognose (28%).

Eine der beiden Arbeiten mit lateinamerikanischer Klientel weist gute Qualitätsmerkmale auf. Hier sahen es 85% einer Klientel von mexikanischen Ärzten für richtig an, einen Patienten darüber zu informieren, falls man wisse, dass dessen Tod bevorstünde (Alvarez-Del-Rio et al. 2013). Etwa 80% der Teilnehmer dieser Studie berichteten, in ihrem ärztlichen Handeln entsprechend vorzugehen, und 50% äußerten, sie würden einem entgegengesetzten Wunsch von Patientenangehörigen nicht entsprechen. Die andere Studie mit lateinamerikanischer Klientel weist schlechte Qualitätsmerkmale auf. Hier vertrat ein verhältnismäßig kleiner Anteil von etwa 15% der argentinischen und brasilianischen Teilnehmer die Ansicht, dass nicht alle Patienten den terminalen Status ihrer Erkrankung wissen sollten (Bruera et al. 2000). Allerdings sei unter den Teilnehmern die Vermutung stark vertreten gewesen, dass nur eine Minderheit ihrer Patienten über den terminalen Status ihrer Erkrankung informiert werden wolle.

In der Zusammenschau lässt sich Folgendes feststellen. Belastbare Ergebnisse liegen für Teilnehmergruppen aus Ostasien, aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, aus Israel sowie aus den USA und aus Lateinamerika vor. Diese werden im Folgenden zusammengeführt, wobei in der Gliederung das abgestufte Meinungsbild in den jeweiligen Kulturkreisen widergespiegelt werden soll. Die Ergebnisse mit US-amerikanischen Teilnehmern zeigen sich verhältnismäßig homogen: Der Zuspruch zu umfassender

Informationsübermittlung am Lebensende lag hinsichtlich einer Übermittlung der Diagnose in einem Bereich von etwa 80% bis höchstwahrscheinlich etwa 100% und hinsichtlich einer Übermittlung der Prognose in einem Bereich von etwa 90% bis höchstwahrscheinlich etwa 95%. Allerdings zeigt eine auf patientenbezogenen Daten beruhende Untersuchung, dass nur etwa 35% einer Klientel von US-amerikanischen Patienten am Lebensende eine wahrheitsgemäße Prognose erfuhren (Lamont und Christakis 2001). In einer Studie mit mexikanischer Klientel sprachen sich 85% der Teilnehmer für eine Übermittlung der Prognose am Lebensende aus und etwa 80% der Teilnehmer äußerten, dies im eigenen ärztlichen Handeln umzusetzen (Alvarez-Del-Rio et al. 2013). In einer Teilnehmergruppe aus Jordanien sprachen sich etwa 75% dafür aus, Patienten am Lebensende auch gegen den Willen der Patientenangehörigen über ihre Diagnose zu informieren (Obeidat und Khrais 2016). In einer israelischen Klientel lag der allgemeine Zuspruch zur Übermittlung der Diagnose an Patienten, die sich in einer Situation am Lebensende befinden, bei etwa 70%, das Antwortverhalten zu einer Frage nach einer entsprechenden Übermittlung der Prognose zeigte sich in dieser Klientel verhältnismäßig indifferent und die Frage, ob man im ärztlichen Handeln dazu neige die Prognose entsprechend zu übermitteln, wurde tendenziell ablehnend beantwortet (Wenger und Carmel 2004). Die Ergebnisse mit ostasiatischen Teilnehmern zeigen sich etwas weniger einheitlich. Eine Studie mit ostasiatischen Teilnehmern zeigt einen Zuspruch zur Übermittlung der Diagnose an Patienten, die sich in einer Situation an ihrem Lebensende befinden, von höchstwahrscheinlich etwa 100% (Gabbay et al. 2005). Der grundlegende Zuspruch zu einer entsprechenden Übermittlung der Prognose ist höchstwahrscheinlich in dieser und sicherlich in einer weiteren Studie (Ratanakaaew et al. 2015) mit jeweils etwa 75% etwas geringer ausgeprägt. Der geringste Zuspruch zur umfassenden Informationsübermittlung an Patienten am Ende ihres Lebens findet sich in einer chinesischen Klientel, in der nur etwa 40% der Teilnehmer der Meinung waren, dass ein terminal erkrankter Patient die Wahrheit erfahren sollte (Jiang et al. 2006).

Hinsichtlich der Teilnehmer aus Japan fällt eine Besonderheit auf: Zwar zeigt sich hier eine hohe grundlegende Bereitschaft, Patienten am Ende ihres Lebens aufzuklären, allerdings verbunden mit einer nur sehr geringen Bereitschaft von etwa 10% der Teilnehmer, dies auch gegen den ausdrücklichen Willen der Patientenangehörigen zu tun (Ruhnke et al. 2000). Dieses Phänomen ist bei vergleichbaren Arbeiten mit Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens und aus den USA nicht zu beobachten. Bei der Studie mit einer Klientel aus Mexiko gab die Hälfte der Teilnehmer an, sie würden im eigenen ärztlichen Handeln

einem entsprechenden Wunsch von Patientenangehörigen nicht nachkommen, sondern den Patienten trotzdem über seinen bevorstehenden Tod aufklären (Alvarez-Del-Rio et al. 2013). In drei US-amerikanischen Teilnehmergruppen vermuteten etwa 30% bis 35%, dass Patienten nicht über den terminalen Status ihrer Erkrankung informiert werden wollen (Dickenson 2000). Bei einem vergleichbaren Item einer Studie mit ostasiatischen Teilnehmern betrug dieser Anteil 15% (Huang et al. 2015).

Zusammenfassend lässt sich die oben dargestellte Abstufung zwischen den untersuchten Kulturkreisen feststellen, eine sichere Abgrenzung ist allerdings nicht möglich. Meist sprach sich zumindest die Hälfte der jeweiligen Teilnehmer für eine Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende aus. Die einzig deutliche Ausnahme bildet diesbezüglich eine Untersuchung mit chinesischen Teilnehmern, allerdings relativiert durch gegensätzliche Ergebnisse mit anderen ostasiatischen Teilnehmergruppen. Es liegen keine Studien mit einer Klientel aus Indien oder aus Puerto Rico zu diesem Thema vor.

6. Diskussion

Die Hypothese, dass sich das ärztliche Ethos in grundsätzlichen Fragen zu Maßnahmen am Lebensende im Vergleich der untersuchten Kulturkreise nicht wesentlich unterscheidet, konnte mittels der angewandten Methode zum Teil bestätigt werden.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturübersicht und einer Zusammenführung der darin enthaltenen Erkenntnisse. Somit repräsentiert sie den aktuellen Forschungsstand.

Es folgt eine geordnete Diskussion der Ergebnisse. Neben inhaltlichen und deskriptiven Gesichtspunkten werden ebenso Limitationen und mögliche Fehlerquellen beleuchtet.

6.1 Tabellarische Ordnung und Indexsystem

Der qualitative Vergleich basiert auf einer strukturierten Darstellung der zugrundeliegenden Studienergebnisse. Hierbei wurden Ergebnisse von 84 Veröffentlichungen zusammengeführt. In einer alphabetisch nach Erstautor geordneten tabellarischen Auflistung (Tabelle 1, S. 23 – 34) wurden Angaben zur Untersuchungszeit, zum Studiendesign, zur Studienklientel, zu Qualitätsmerkmalen, zur geographischen Einordnung der Studienklientel sowie zur untersuchten Maßnahme am Lebensende festgehalten (cf. Kapitel 4.3.1.1). Die Ergebnisse der Studien wurden nach untersuchter Maßnahme und nach geographischem Wirkungsort der Studienklientel geordnet dargestellt. Einerseits bildet diese Präsentationsform eine notwendige Basis für den qualitativen Vergleich, da bei der Durchführung dessen oftmals einzelne Ergebnisse zusammengefasst wurden und zudem eine weitere Kategorisierung der Ergebnisse erfolgte, um die Verständlichkeit und die Vergleichbarkeit zu erhöhen. Andererseits wurden bei der tabellarischen Auflistung der Studien sowie bei der thematisch und geographisch geordneten Darstellung der Studienergebnisse Details erfasst, die nicht in den qualitativen Vergleich integriert wurden. Der Grund hierfür liegt in einem möglichen Wert der systematischen Literatur-übersicht und Ergebnispräsentation für weitere Forschung. So wurden durch die gewählte Präsentationsform Informationen gezielt und schnell auffindbar.

6.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf ärztliche Moralvorstellungen

Im Folgenden wird diskutiert in wie weit die vorgestellten Ergebnisse des qualitativen Vergleichs Rückschlüsse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den untersuchten Kulturkreisen zulassen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der verwendeten Methode um eine qualitative Analyse handelt, sind diese Folgeschlüsse nicht statistisch belastbar und in jedem Fall als Hinweis zu betrachten. Allerdings wurde durch die vorliegende Arbeit trotz dieser Limitationen nach Möglichkeiten ein umfassendes Meinungsbild in den untersuchten Kulturkreisen beschrieben. Um die Reliabilität zu erhöhen werden in der folgenden Diskussion der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ärztlichen Moralvorstellungen ausschließlich Ergebnisse vorgestellt, die bei hohen Qualitätsmerkmalen generiert wurden (bei quantitativen Auswertungen von Aussagen: Rücklauf $\geq 60\%$, Teilnehmerzahl ≥ 50 und vollständige Veröffentlichung vorliegend).

Bei der Feststellung von Gemeinsamkeiten ist es zum einen möglich, Meinungsbilder als ähnlich oder gleichartig zu bezeichnen, die einander nicht widersprechen und somit miteinander vereinbar sind. Andererseits besteht die Möglichkeit, festzustellen, in welchem Bereich sämtliche Antworten miteinander vereinbar sind, und somit ein interkulturelles Meinungsbild zu zeichnen.

Es folgt eine nach den untersuchten Maßnahmen am Lebensende geordnete Diskussion der Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Therapieverzicht/Therapieentzug: Trotz des zum Teil sehr inhomogenen Meinungsbildes in den untersuchten Kulturkreisen sind die ärztlichen Antworten zum großen Teil miteinander vereinbar.

So ist der jeweilige Zuspruch zu ausdrücklich auf kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen bezogenen Therapieverzicht (DNR) in diesbezüglich untersuchten Kulturkreisen (Ostasien, Indien, Israel, Lateinamerika) miteinander vereinbar: Es finden sich in all diesen Kulturkreisen Teilnehmergruppen, innerhalb derer ein Anteil von etwa 90% diese Maßnahme unterstützte. In der Zusammenführung unterstützte in diesen Kulturkreisen jeweils ein Anteil von mindestens etwa 75% innerhalb der jeweiligen Teilnehmergruppen diesen Therapieverzicht, lediglich bei den ostasiatischen Teilgruppen lag hier eine Streuung zu kleineren Anteilen von etwa 35% vor. Eine Auswertung von patientenbezogenen Daten zeigt

zudem eine häufige Implementierung von DNR-Anordnungen in einem ostasiatischen Krankenhaus.

Hinsichtlich der Angaben zu einer am ehesten grundlegenden moralischen Einstellung in Bezug auf übrigen oder nicht näher präzisierten Therapieverzicht und unter Einbezug der diesbezüglichen Angaben zur berichteten Praxis sind die Ergebnisse sämtlicher Teilgruppen mit dem Meinungsbild der ostasiatischen Teilgruppen vereinbar (etwa 10% bis etwa 100%). In Bezug auf Items, die Therapieverzicht gesondert von Therapieentzug betrachteten, lässt sich folgende Abstufung erkennen: Innerhalb der US-amerikanischen Teilgruppen zeigte sich verhältnismäßig viel Zuspruch (etwa 95% bis maximal etwa 100%). Innerhalb israelischer Teilgruppen betrug dieser Anteil etwa 55% bis maximal etwa 80%, womit wiederum die Ergebnisse der betreffenden indischen Teilgruppe (unter Einbezug der Angaben zur berichteten Praxis: zwischen 70% und 80%) und der betreffenden Teilgruppe aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens (zwischen etwa 65% bis etwa 70%) vereinbar sind. Relativierend ist anzugeben, dass innerhalb einer US-amerikanischen Teilgruppe der Zuspruch zu nicht gesondert voneinander betrachtetem Therapieverzicht und Therapieentzug maximal 35% betrug und innerhalb einer lateinamerikanischen 40%.

Hinsichtlich der Angaben zu einer am ehesten grundlegenden moralischen Einstellung in Bezug auf Therapieentzug sind wiederum die Ergebnisse sämtlicher Teilgruppen mit den Ergebnissen der ostasiatischen Teilgruppen vereinbar (zwischen 5% und etwa 95%). Eine ebenfalls verhältnismäßig große Streuung der Ergebnisse findet sich innerhalb der Teilgruppen mit US-amerikanischen Teilnehmern (nicht gesondert voneinander abgefragte moralische Einstellung zu Therapieverzicht und Therapieentzug: maximal 35%; Zuspruch zu Therapieentzug in übrigen US-amerikanischen Teilgruppen: etwa 75% bis maximal 95%). Hiervon abgrenzbar ist das Meinungsbild innerhalb einer Teilgruppe aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, wo sich maximal nur etwa 10% für Therapieentzug aussprachen. Die diesbezüglichen Ergebnisse der Teilgruppen aus den übrigen geographischen Arealen sind mit dem Meinungsbild der US-amerikanischen Teilgruppen vereinbar und zeigen folgende Abstufung: Israel und Lateinamerika (etwa 40%, wobei bei der lateinamerikanischen Klientel Therapieentzug nicht gesondert von Therapieverzicht betrachtet wurde), Indien (65%).

Bei ostasiatischen, indischen, israelischen und lateinamerikanischen Teilnehmern zeigte sich mehr Zuspruch zu DNR-Anordnungen als zu anderen Formen des Therapieverzichts. Innerhalb fast aller untersuchten Kollektive findet sich tendenziell mehr Zuspruch zu nicht explizit auf kardiopulmonale Reanimation bezogenen Therapieverzicht als zu Therapieentzug,

ostasiatische Teilnehmergruppen stellten sich diesbezüglich allerdings inhomogen dar und für lateinamerikanische Teilnehmer liegen diesbezüglich unzureichend Informationen vor. Diese Beobachtung wird durch Auswertungen medizinischer Daten von Patienten aus Indien, aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens sowie aus Israel bestätigt, wo ebenfalls deutlich häufiger ein Therapieverzicht als ein Therapieentzug verzeichnet wurde.

Bei Items, die eine ethische Einschätzung verlangten, lässt sich als Gemeinsamkeit feststellen, dass in Teilnehmergruppen aus Ostasien, aus Indien und aus den USA stets ein Anteil von etwa 50% oder mehr einen ethischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieentzug feststellte. In Teilnehmergruppen aus den USA war dieser Anteil mit maximal etwa 50% bis maximal etwa 55% verhältnismäßig geringer ausgeprägt als in der betreffenden Teilnehmergruppe aus Indien (80%). Die Ergebnisse der ostasiatischen Teilnehmergruppen (maximal 50% bis 85%) sind mit beiden Kollektiven vereinbar. Auch zeigte sich in betreffenden indischen und US-amerikanischen Teilnehmergruppen Widerspruch zur Aussage, dass Therapieentzug einer Tötung gleichzusetzen sei.

Vermutlich fällt es dem handelnden Individuum leichter, einen Vorgang zu akzeptieren, der nicht mit einer konkreten Handlung verknüpft ist, was die Vorliebe für Therapieverzicht im Vergleich zu Therapieentzug erklären würde. Allerdings kann eine Unterlassung logisch gesehen ebenfalls als Handlung gewertet werden. Die Tatsache, dass nahezu die Mehrheit aller dazu befragten Teilnehmer einen ethischen Unterschied zwischen Therapieverzicht und Therapieentzug statuierte, widerspricht zum Teil der etablierten wissenschaftlichen Meinung in der modernen Medizinethik. Beide Maßnahmen, Therapieverzicht als eine Form der Unterlassung und Therapieentzug als aktive Handlung, können als *Sterbenlassen* definiert werden; ausschlaggebend ist hierbei unter anderem, dass die Intention des Arztes nicht in der Herbeiführung des Todes liegt, sondern im Geschehenlassen des Sterbeprozesses, und dass das Tun oder die Unterlassung zwar der notwendige Grund für das Sterben des Patienten ist, allerdings nicht der hinreichende Grund (Maio 2017e). In diesem Sinn entspricht Therapieverzicht und Therapieentzug analog zu den vornehmlichen Einschätzungen der vorgestellten indischen und US-amerikanischen Ärzte keiner Tötung, sofern die Intention des durchführenden Arztes nicht in der Tötung des Patienten liegt. Wie bei den meisten therapeutischen oder diagnostischen Prozeduren ist es ethisch unumstritten, dass der Patient in jedem Fall der Maßnahme eingewilligt haben muss, allerdings ist kontrovers, ob es eine Pflicht zum Lebenserhalt gibt, die mit der Menschenwürde verbunden ist (Knoepffler 2010a). Eine Grundhaltung zum Sterben, die die Endlichkeit des Menschen akzeptiert, stellt somit ein weiteres Kriterium für das Sterbenlassen dar (Maio 2017b, Pöltner 2002). Demnach liegt dem

Sterbenlassen eine Haltung des Annehmens und des Zulassens zugrunde, allerdings nicht eine Haltung der Herbeiführung des Todes. Besonders die Grundhaltung in Bezug auf die Pflicht zum Lebenserhalt, die durch das Prinzip der Menschenwürde nicht eindeutig definiert werden kann und die große interindividuelle Unterschiede zulässt, mag der Grund für die ausgeprägte Inhomogenität der vorliegenden Ergebnisse sein. Selbst eine einheitlich zugrundeliegende Motivation der Fürsorge und des Nichtschadenwollens würde durch divergente Grundhaltungen zum Sterben auch zu divergenten Konsequenzen führen.

Qualitative Auswertungen ärztlicher Aussagen weisen auf fehlenden Rechtsschutz für und Angriffe von Massenmedien auf japanische Ärzte hin, die Therapieverzicht und Therapieentzug durchführten. Außerdem wurden kulturelle Aspekte in Japan sichtbar gemacht, wie die Tatsachen, dass Lebenserhaltung primär für die Patientenangehörigen erfolge und dass künstliche Ernährungstherapie verhältnismäßig selbstverständlich durchgeführt werde, da in der buddhistischen Tradition selbst Verstorbenen noch Speiseopfer dargebracht würden. Indische und türkische Ärzte wiesen auf Ressourcenknappheit in dortigen Krankenhäusern hin, die im Sinne einer sinnvollen Verteilung der Güter auch immer Therapieverzicht und/oder Therapieentzug impliziert. In Indien sei auch die Gefahr gegeben, dass Patientenangehörige mit geringem Vermögen durch die Kosten von medizinischen Maßnahmen mit fraglichem Nutzen finanziell geschädigt werden könnten. Diese Erkenntnisse aus qualitativen Auswertungen weisen auf spezifische Besonderheiten hin.

Aggressive Analgesie: Die vorliegenden Ergebnisse zur moralischen Einstellung von Ärzten in Bezug auf eine Praktik der Aggressiven Analgesie, die im Zuge einer bestmöglichen Symptomkontrolle auch eine mögliche Verkürzung der Lebenszeit von Patienten in Kauf nimmt, stellen sich verhältnismäßig homogen dar. Allerdings liegen belastbare Ergebnisse hierzu ausschließlich von Teilnehmergruppen aus Israel und aus den USA vor. Innerhalb der Teilgruppen mit US-amerikanischen Ärzten lag der Zuspruch zur Aggressiven Analgesie bei zwischen etwa 70% und etwa 95%, das Ergebnis einer israelischen Teilnehmergruppe (etwa 80%) ist hiermit vereinbar. Somit lag der Zuspruch in Studien mit guten Qualitätsmerkmalen stets bei mindestens etwa 70%.

Der verhältnismäßig großen Zustimmung zur Aggressiven Analgesie entspricht die Tatsache, dass dieses Vorgehen zweifelsfrei ethisch zulässig ist, sofern eine Einwilligung des Patienten vorliegt und man einen doppelten Effekt der Handlung annimmt (Knoepffler 2010a). Diese Denkweise, dass schwerwiegende Nebenwirkungen einer Therapie unfreiwillig-freiwillig

herbeigeführt werden, entspricht auch übrigen Denk- und Handlungsweisen in der Medizin, beispielsweise bei der Durchführung schmerzhafter, allerdings notwendiger Untersuchungen (Maio 2017c). Problembelastet ist die praktische Durchführung einer Aggressiven Analgesie dennoch, da hier die Grenzen zu einer vorsätzlichen Tötung fließend sind (Knoepffler 2010a) und die Intention des behandelnden Arztes schwer überprüfbar ist.

Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen): Beim Vergleich der Ergebnisse zur moralischen Einstellung in Bezug auf eine vorsätzliche Tötung von Patienten ließen sich Gemeinsamkeiten sowie tendenzielle Unterschiede im Meinungsbild feststellen. Gute Qualitätsmerkmale finden sich bei Studien mit Teilnehmern aus Ostasien, Indien, dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, Israel und USA.

Als Gemeinsamkeit lässt sich feststellen, dass in allen Fällen eine Minderheit von weniger als der Hälfte der jeweiligen Teilnehmer die Praktik unterstützte, angab, diese durchgeführt zu haben, oder angab, dazu bereit zu sein. Dennoch lassen sich folgende Unterschiede zwischen den verglichenen Kollektiven feststellen. Am wenigsten Zustimmung fand sich bei Teilnehmergruppen aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens (Zuspruch: etwa 0%) und aus Indien (berichtete Praxis: etwa 0%). Studien mit ostasiatischen Teilnehmern verzeichneten einen Zuspruch von etwa 10% bis maximal 25% und etwa 0% bis 25% der jeweiligen Teilnehmer gaben an, vorsätzliche Tötungen manchmal oder öfter durchzuführen. Somit lassen sich die Ergebnisse mit ostasiatischen Teilnehmern nicht von den Ergebnissen der beiden erstgenannten Kollektive abgrenzen, allerdings auch nicht von den Ergebnissen mit US-amerikanischen Teilnehmern, wo der Zuspruch zu einer vorsätzlichen Tötung etwa 25% bis etwa 35% betrug. Am meisten Zuspruch fand sich mit einem Anteil von etwa 45% in der israelischen Teilnehmergruppe, allerdings relativiert durch die Angabe, dass nur etwa 20% dieser Teilnehmer auch eine entsprechende Handlungsbereitschaft äußerten. Somit lässt sich die beschriebene Abstufung im Meinungsbild feststellen, jedoch ohne klare Abgrenzbarkeit der verglichenen Kollektive.

Bei der vorsätzlichen Tötung ist die Handlung des Arztes sowohl notwendige als auch hinreichende Bedingung für das Sterben, dem liegt eine Grundhaltung zum Tod zugrunde, durch die der Tod nicht nur erwartet wird, sondern aktiv als etwas Gemachtes herbeigeführt und somit auch selbstgestaltet wird (Maio 2017d, Pöltner 2002). Die Freiheit zur Selbstgestaltung des eigenen Todes, die an sich ethisch zulässig ist, steht in erheblichem Gegensatz zu einem gesellschaftlich bedingten Fremdtötungsverbot (Knoepffler 2010b). Vorsätzliche Tötungen von Patienten ohne deren ausdrückliches Verlangen sind aufgrund der

Erfahrungen mit den sogenannten Euthanasie-Programmen der deutschen Nationalsozialisten und den damit verbundenen Verbrechen gegen die Menschlichkeit ausdrücklich zu hinterfragen. Die angeführten Bedingungen, nämlich die notwendige Grundhaltung zum Tod und die Überwindung des gesellschaftlichen Fremdtötungsverbots, stellen große Hürden bei der Durchführung einer vorsätzlichen Tötung dar. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen des qualitativen Vergleichs wider, insofern als nur eine Minderheit der untersuchten Teilnehmer diese Praktik unterstützte. Allerdings finden sich in israelischen, in US-amerikanischen und teils in ostasiatischen Teilnehmergruppen auch deutliche Tendenzen hin zu einer Liberalisierung dieser Praktik.

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung: Bei der Auswertung der vorliegenden Aussagen zur moralischen Einstellung in Bezug auf ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung wurde eine inhaltliche Abstufung erkennbar. Zu diesem Thema liegen Studien mit guten Qualitätsmerkmalen ausschließlich mit Teilnehmern aus Ostasien und aus den USA vor. Tendenziell fand sich mehr Zuspruch in US-amerikanischen Teilnehmergruppen, allerdings mit einem fließenden Übergang zum Meinungsbild der ostasiatischen Teilnehmergruppen, sodass eine deutliche Abgrenzung der beiden Kollektive nicht möglich ist.

Der Zuspruch zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung lag in US-amerikanischen Teilgruppen zwischen maximal etwa 30% und etwa 60%. Die Tatsache, dass sich in einer dieser Teilnehmergruppen etwa 35% bereit erklärten, unter legalen Umständen Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, ist mit diesem Meinungsbild vereinbar. In den ostasiatischen Teilnehmergruppen lag der Zuspruch bei zwischen etwa 5% und 25%.

Grund für diese Abstufung mag in einer unterschiedlichen Auffassung darüber liegen, wem das eigene Leben gehöre und wer der Souverän in der Gestaltung des eigenen Todes sein dürfe. In westlich geprägten Gesellschaften wurde im Verlauf der Moderne der Gedanke lautbar, dass das eigene Leben und damit auch der Tod weder einer göttlichen Instanz noch einem Staat oder Familienmitgliedern gehöre, sondern dass das Individuum dazu berechtigt sei, Leben und Tod selbst zu gestalten (Macho 2017a). Wie bereits angeführt, erfolge, laut einer qualitativen Auswertung von Aussagen japanischer Ärzte zu Therapieverzicht und Therapieentzug, in der japanischen Gesellschaft die Lebenserhaltung primär für die Angehörigen eines Patienten und nicht für diesen selbst. Dies ist ein Hinweis auf eine abweichende Auffassung über die Verantwortung des Einzelnen in Bezug auf sein Leben.

Bei der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung steht die Beihilfe in kausalem Zusammenhang mit der Selbsttötung, es kann nicht von einer unparteiischen Dienstleistung gesprochen werden

(Maio 2017g). Der durchführende Arzt muss die Bereitschaft haben, mit seinem Handeln Teil dieser Kausalkette zu sein, an deren Ende die Selbsttötung eines Patienten steht. Grundlegend ist hierbei die Frage nach einem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen (Knoepffler 2010a). Ferner sind die Umstände zu klären, die eine entsprechende Motivation für den Patienten darstellen. Neben psychiatrischen Gründen finden sich hier auch strukturell-gesellschaftliche Gründe (Maio 2017i). Somit ist neben einem hohen medizinischen Standard auch die kritische Hinterfragung möglicherweise mangelhafter gesellschaftlicher Sozialhilfe- und Pflegesysteme notwendig.

Sedierung am Lebensende: Zu diesem Thema liegen Studien mit ostasiatischen und US-amerikanischen Teilnehmern vor, die auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen beruhen und gute Qualitätsmerkmale aufweisen. Hierbei ist das sich darstellende Meinungsbild der ostasiatischen Ärzte mit dem der US-amerikanischen vereinbar.

In US-amerikanischen Teilnehmergruppen betrug der Anteil von Befürwortern einer Sedierung am Lebensende etwa 65% bis etwa 90%, die entsprechenden Ergebnisse mit ostasiatischen Teilnehmern sind damit vereinbar, hier betrug der Anteil von Befürwortern in einer Studie etwa 85% und eine weitere Studie detektierte mittels Likert-Skalen einen hohen Zuspruch unter ihren Teilnehmern.

Die vorliegenden Ergebnisse von Studien, die auf einer Auswertung von patientenbezogenen Daten beruhen, sind insofern miteinander vereinbar, als sie Aufschluss darüber geben, dass in Ostasien, in der Türkei, in Israel sowie in den USA Sedierungen am Lebensende offen durchgeführt wurden. Eine direkte Vergleichbarkeit ist allerdings nicht gegeben, da sich die auf die Praxis in einzelnen Institutionen bezogenen Arbeiten schwer verallgemeinern lassen. Der verhältnismäßig größte Anteil von entsprechend behandelten Patienten fand sich in einer US-amerikanischen Klientel (etwa 40%), bei Untersuchungen mit israelischen Patienten betrug dieser Anteil 15% bis etwa 20% und bei Untersuchungen mit ostasiatischen Patienten nahezu 0% bis etwa 15%. Die Studie mit türkischen Patienten verzeichnet eine Durchführung von Sedierung am Lebensende an zwei von acht Therapiezentren.

In diesen Teil der Arbeit wurden ausschließlich Ergebnisse von Studien einbezogen, die eine Sedierung am Lebensende behandelten. Beobachtungen zu übrigen palliativen Sedierungen wurden nicht inkludiert.

Eine Sedierung am Lebensende stellt wie die Aggressive Analgesie eine Maßnahme mit ungünstigem Effekt dar. Therapeutisches Ziel ist die Behandlung von mit anderen Mitteln nicht kontrollierbaren Beschwerden. Ein definitorischer Unterschied besteht in der Tatsache,

dass kein therapeutischer Doppelleffekt vorliegt. Das Behandlungsziel wird mittels eines ungünstigen Effekts erreicht: Das primäre Behandlungsziel der Symptombekämpfung wird als Ultima Ratio durch eine Bewusstseinsdämpfung bis hin zur Bewusstlosigkeit herbeigeführt. Sobald die Intention nicht in der Symptombekämpfung, sondern in der Lebensbeendigung liegt, handelt es sich um eine vorsätzliche Tötung (Maio 2017a). Mit dieser klaren Abgrenzung ist vereinbar, dass in der hierzu befragten US-amerikanischen Teilnehmergruppe etwa 85% einen moralischen Unterschied zwischen Sedierung am Lebensende und vorsätzlicher Tötung sahen. Die Bewusstseinsdämpfung kann für Patienten und deren Angehörige belastend sein, da diese zu einer Einschränkung in Denken, Handeln und Empfinden sowie in der Kommunikation führt. In Situationen am Lebensende stellt sich diese Problematik als besonders gravierend dar. Insofern ist abzuwägen, ob Patienten entsprechende refraktäre Symptome ertragen sollen oder ob diese auf Kosten ihres Bewusstseins gelindert werden. Die Indikationsstellung bedarf in jedem Fall besonderer Sorgfalt. In einer Studie waren etwa 25% ihrer japanischen Teilnehmer der Meinung, dass Leid am Lebensende als Möglichkeit zum Wachstum bedeutungsvoll sei. Es ist abzuwägen, ob das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mit dem Ertragen von Leid vereinbar ist.

Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende: Zu diesem Thema liegen Ergebnisse mit Teilnehmern aus Ostasien, aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, aus Israel, aus den USA und aus Lateinamerika bei guten Qualitätsmerkmalen vor. Die Arbeit mit Teilnehmern aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens bezog sich ausschließlich auf die Übermittlung der Diagnose am Lebensende und die Arbeit mit Teilnehmern aus Lateinamerika ausschließlich auf die Übermittlung der Prognose am Lebensende. Im Vergleich der Kulturkreise lassen sich Gemeinsamkeiten sowie tendenzielle Unterschiede feststellen.

Hinsichtlich der moralischen Einstellung in Bezug auf die Übermittlung der Diagnose am Lebensende sind die übrigen Ergebnisse mit dem Meinungsbild ostasiatischer Teilnehmer vereinbar (etwa 40% bis etwa 100%). Allerdings lässt sich hier eine Abstufung erkennen: Innerhalb der israelischen Teilnehmergruppe lag der entsprechende Zuspruch bei etwa 70%, in der jordanischen Teilnehmergruppe sprachen sich etwa 75% für eine entsprechende Übermittlung der Diagnose auch gegen den Wunsch der Patientenangehörigen aus und in den US-amerikanischen Teilnehmergruppen betrug der Anteil derjenigen Ärzte, die sich für eine Übermittlung der Diagnose am Lebensende aussprachen bei etwa 80% bis etwa 100%.

Hinsichtlich einer Übermittlung der Prognose bei bevorstehendem Tod ist das verhältnismäßig indifferente Meinungsbild in der israelischen Teilnehmergruppe mit dem Meinungsbild der ostasiatischen Teilnehmergruppen vereinbar (etwa 40% bis etwa 75%). In der lateinamerikanischen Teilnehmergruppe sprachen sich 85% für eine entsprechende Übermittlung der Prognose aus und in den US-amerikanischen Teilnehmergruppen etwa 90% bis etwa 95%. Der hohe Zuspruch der untersuchten US-amerikanischen Ärzte wird durch eine Auswertung patientenbezogener Daten leicht relativiert, die verzeichnete, dass nur etwa 35% einer Klientel US-amerikanischer Patienten diesbezüglich wahrheitsgemäß aufgeklärt wurden. Beim Vergleich der vorliegenden Daten fielen zwei Besonderheiten auf. Bei japanischen Teilnehmergruppen zeigte sich zwar eine hohe Bereitschaft zur Übermittlung der Diagnose an den Patienten am Lebensende (etwa 95% bis etwa 100%), allerdings verbunden mit einer geringen Bereitschaft, dies auch gegen den Willen der Patientenangehörigen zu tun (etwa 10%). In der mexikanischen Teilnehmergruppe fiel die Handlungsbereitschaft zur Übermittlung der Prognose bei konträrem Wunsch der Patientenangehörigen von etwa 80% auf 50%. In vergleichbaren Studien mit Teilnehmern aus Jordanien und aus den USA war dieses Phänomen nicht zu beobachten. Die zweite Besonderheit bezieht sich auf den von Ärzten vermuteten Patientenwunsch nach Aufklärung. In einer taiwanesischen Teilnehmergruppe äußerten nur 15% die Vermutung, dass Patienten nicht die Wahrheit über ihre terminale Erkrankung wissen wollen. Dem steht mit etwa 30% bis 35% ein etwas höherer Anteil von Ärzten in US-amerikanischen Teilgruppen gegenüber, die vermuteten, dass Patienten nicht wissen wollen, dass sie im Sterben liegen.

Mit einer umfassenden Informationsübermittlung wird dem Patienten Souveränität im Umgang mit seiner Erkrankung gegeben. Zwar kann auch dahingehend argumentiert werden, dass Patienten durch dieses Wissen zusätzlich belastet werden und die Information über das nahende Lebensende aus diesem Grund besser zurück gehalten werden sollte. Die Beobachtungen mit japanischen Ärzten zeigten eine große Beeinflussbarkeit durch Patientenangehörige. Doch war bei japanischen Teilnehmern auch eine hohe grundlegende Bereitschaft zur Informationsübermittlung zu erkennen. In unserer Gesellschaft wird die Autonomie des Einzelnen zum Garanten für eine für jeden akzeptable Ethik gemacht (Maio 2017j). Die Neigung zur umfassenden Informationsübermittlung kann als Hinweis auf die Achtung der Patientenautonomie gedeutet werden. In den meisten der untersuchten Studien sprach sich zumindest etwa die Hälfte der Teilnehmer für eine Informationsübermittlung am Lebensende aus.

Kommentar zu Studien mit Klientel aus Puerto Rico:

Dem qualitativen Vergleich wurden auch Studien mit Teilnehmern aus Puerto Rico zugeführt. Der Freistaat Puerto Rico ist nichtinkorporiertes US-amerikanisches Außengebiet, die Muttersprache der meisten Puerto-Ricaner ist Spanisch. Es sollte festgestellt werden, ob das beobachtete Meinungsbild der puerto-ricanischen Teilnehmer mehr mit dem der US-amerikanischen oder dem der lateinamerikanischen Teilnehmer vereinbar ist. Es lagen zwei Studien mit puerto-ricanischen Teilnehmern vor, davon allerdings nur eine als vollständige Veröffentlichung und beide mit unbekanntem Rücklauf. Demnach wurden die Studien aufgrund nicht ausreichender Qualitätsmerkmale der finalen Gegenüberstellung nicht zugeführt. Dennoch geben die beiden Studien Aufschluss über in Puerto Rico behandelte Themenkomplexe.

6.3 Thematische Verteilung

(cf. Tabelle 2, S. 35)

Allgemein: Die untersuchten Themengebiete lassen sich nur zum Teil miteinander vergleichen. So handelt es sich bei der Aggressive Analgesie um eine Unterform von Maßnahmen mit therapeutischem Doppeleffekt und Todesfolge, auch stellt die Sedierung am Lebensende eine vergleichsweise spezielle kontroverse Maßnahme dar. Dagegen sind Therapieverzicht und Therapieentzug, vorsätzliche Tötung und ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung sehr allgemein gefasste Thematiken. Allerdings ist durchaus erwähnenswert, dass unter den Studien, die auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen beruhen, diejenigen zur Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose ($n = 18$) zahlenmäßig ähnlich hoch vertreten sind wie Studien zu vorsätzlicher Tötung ($n = 18$) und ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung ($n = 19$). Dies deutet auf einen Fokus in der aktuellen Forschung hin. Am häufigsten vertreten waren Studien zu Therapieverzicht und Therapieentzug mit 35 auf einer quantitativen Auswertung von Aussagen beruhenden Arbeiten, vier auf einer qualitativen Auswertung von Aussagen beruhenden Arbeiten und sechs auf einer quantitativen Auswertung von patientenbezogenen Daten beruhenden Arbeiten.

Nach geographischem Gebiet: Hinsichtlich der geographischen Verteilung der untersuchten Klientel in Bezug auf die verschiedenen Thematiken fallen folgende Besonderheiten auf. Lediglich für Teilnehmer aus Ostasien und aus den USA liegen Studien zu sämtlichen untersuchten Themengebieten vor. Zu Therapieverzicht und Therapieentzug sowie zu

vorsätzlicher Tötung liegen Studien mit Teilnehmern aus sämtlichen untersuchten geographischen Gebieten vor. In Hinblick auf die jeweilige Studienanzahl waren in fast allen geographischen Gebieten Studien zu Therapieverzicht und Therapieentzug am häufigsten vertreten. Allein bei US-amerikanischen Teilnehmern lagen mehr Studien zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung vor, was vermutlich in aktueller Gesetzgebung begründet ist, die diese Praktik in Teilen der USA legalisierte (Collier 2017). Weiterhin auffallend ist die schwerpunktmäßige Untersuchung von Fragestellungen zu Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende. Studien mit einer Klientel aus dem Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens sowie Studien mit israelischer und lateinamerikanischer Klientel untersuchten diese häufigkeitsmäßig an zweiter Stelle und Studien mit ostasiatischer Klientel an dritter Stelle. Unter den Studien mit US-amerikanischer Klientel belegten die Arbeiten zu diesem Thema häufigkeitsmäßig die letzte Stelle. Dies ist als Hinweis zu deuten, dass im Gebiet des Nahen und Mittleren Ostens, in Israel sowie in Lateinamerika und ferner auch Ostasien ein Forschungsschwerpunkt bei Fragestellungen zu Offenlegung von Diagnose und/oder Prognose am Lebensende liegt, wohingegen diese Fragestellungen in den USA dem Anschein nach weniger beforscht werden.

6.4 Limitationen und Fehlerquellen

Der zugrundeliegenden Methode sind Grenzen gesetzt. Sowohl bei der systematischen Literaturrecherche (Liberati et al. 2009), als bei der Durchführung des qualitativen Vergleichs (Popay et al. 2006) können Fehler entstehen, die zu einer Verfälschung der Forschungsergebnisse führen. Die Auswahl der Studien erfolgte hauptsächlich über eine Sichtung der Titel und der Abstracts der Veröffentlichungen. Falls gesichtete Studien thematisch für die vorliegende Arbeit relevant waren, deren Titel oder Abstracts allerdings keinen erkennbaren Bezug zum Thema der vorliegenden Arbeit enthielten, wurden diese nicht in den qualitativen Vergleich aufgenommen. Der qualitative Vergleich beschränkte sich auf Studien, die im Zeitraum vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2017 (online) veröffentlicht worden sind und in englischer Sprache vorlagen. Des Weiteren beschränkte sich die systematische Recherche nach dem ersten Suchdurchlauf auf die Pubmed-Datenbank, da sich die Trefferhöhe auf anderen Datenbanken als gering erwies und sämtliche für die vorliegende Arbeit relevanten Studien des ersten Suchdurchlaufs auch in der Pubmed-Datenbank zu finden waren. Außerdem wurde der Zugang zu den Veröffentlichungen durch die Lizenzen

der Friedrich-Schiller-Universität und der Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek definiert. Diese Beschränkungen führen zu einer möglichen Reduzierung der Trefferhöhe. Die Auswahl der einzelnen Studieninhalte, die dem qualitativen Vergleich zugeführt wurden, stellt eine willkürliche und somit nicht gänzlich objektivierbare Wertung der in ethischer Hinsicht relevanten Items und Fragestellungen dar. Bei der Durchführung des qualitativen Vergleichs erfolgte eine Kategorisierung der Ergebnisse. So wurden Ärzte zusammengeführt, die verschiedene Fachrichtungen ausübten und in verschiedenen geographischen Gebieten tätig waren. Außerdem wurden Mitglieder nationaler Organisationen, wie beispielsweise der Japanischen Gesellschaft für Palliativmedizin, als an entsprechendem Ort tätige Menschen gewertet, auch wenn internationale Mitgliedschaften möglich waren. Ebenso wurden im qualitativen Vergleich Studienergebnisse zusammengeführt, die Hinweise auf eine am ehesten grundlegende moralische Einstellung darstellten. Auch wenn derartige Kategorisierungen mit großer Sorgfalt durchgeführt wurden, basieren sie stets auf einer willkürlichen Wertung der Ergebnisse, was die Objektivierbarkeit der Schlussfolgerungen relativiert. Diese Vorgehensweise der Kategorisierung kann einerseits zur Verfälschung von Ergebnissen führen, andererseits ermöglicht sie die Vergleichbarkeit einer Vielzahl unterschiedlich generierter Ergebnisse, wie es für die vorliegende Arbeit vorgesehen war. Das Ziel der Arbeit lag in einer umfassenden Darstellung von ärztlichen Moralvorstellungen in zum Teil sehr großen geographischen Gebieten. Für feinere Analysen ist weitere Forschung notwendig.

7. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit beinhaltet eine systematische Literaturübersicht samt strukturierter Ergebnisdarstellung der für die Thematik relevanten Studien. Somit stellt sie einen nützlichen Ausgangspunkt für weitere Forschung dar. Über Zusammenführung und Vergleich der Ergebnisse spiegelt sie den aktuellen Forschungsstand wider.

Im qualitativen Vergleich zeigten sich zwischen den verglichenen Kulturkreisen zum Teil deutliche Überschneidungen sowie tendenzielle Unterschiede im ärztlichen Meinungsbild.

Das Meinungsbild zu Therapieverzicht und Therapieentzug stellte sich verhältnismäßig inhomogen dar, allerdings mit vielen Überschneidungen. Qualitative Auswertungen ärztlicher Aussagen zeigten hier Besonderheiten für Japan, Indien und Türkei. Fragen zur Aggressiven Analgesie wurden verhältnismäßig homogen mit hohem Zuspruch beantwortet, allerdings lagen hierzu nur verlässliche Ergebnisse mit Teilnehmern aus Israel und aus den USA vor. Die Praktik einer Tötung auf Verlangen wurde von Teilnehmern verhältnismäßig ablehnend bewertet, allerdings mit leichter und relativierbarer Tendenz zu mehr Zuspruch bei israelischen und US-amerikanischen Ärzten. Hierzu lagen keine verlässlichen Ergebnisse mit Teilnehmern aus Puerto Rico oder aus Lateinamerika vor. Bei Fragen zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung zeigte sich bei ostasiatischen Teilnehmern ein ablehnendes Meinungsbild und bei US-amerikanischen ein ablehnendes bis leicht zustimmendes Meinungsbild mit fließendem Übergang zu dem der ostasiatischen Teilnehmer. Auch hier liegen keine verlässlichen Ergebnisse für Teilnehmer aus anderen geographischen Gebieten vor. Die Praktik der Sedierung am Lebensende wurde verhältnismäßig homogen und zustimmend bewertet, allerdings lagen nur verlässliche Ergebnisse mit ostasiatischen und US-amerikanischen Teilnehmern vor. Durch auf patientenbezogenen Daten beruhende Studien wurden zumindest Hinweise auf eine offene Durchführung von Sedierung am Lebensende zusätzlich in der Türkei und in Israel ersichtlich. Bei Fragestellungen zur Offenlegung von Diagnose und Prognose am Lebensende zeigte sich wiederum ein verhältnismäßig inhomogenes Meinungsbild, allerdings mit einigen Überschneidungen und leichten Tendenzen.

Somit bestehen deutliche Lücken in der thematischen Abdeckung in den beobachteten geographischen Gebieten. Hier ist weitere Forschung nötig.

Die gewählte Methode ermöglichte eine Zusammenführung einer Vielzahl verschiedenartig generierter Ergebnisse, allerdings müssen Hinweise und Tendenzen, die daraus abgeleitet wurden, durch weitere Forschung überprüft und gegebenenfalls verifiziert werden.

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abu-Saad Huijer H, Dimassi H. 2007. Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes and practices of physicians and nurses. *J Med Liban*, 55 (3):121-128.
- Aita K, Miyata H, Takahashi M, Kai I. 2008. Japanese physicians' practice of withholding and withdrawing mechanical ventilation and artificial nutrition and hydration from older adults with very severe stroke. *Arch Gerontol Geriatr*, 46 (3):263-272.
- Aita K, Takahashi M, Miyata H, Kai I, Finucane TE. 2007. Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. *BMC Geriatr*, 7:22.
- Alvarez-Del-Rio A, Marvan ML, Santillan-Doherty P, Delgadillo S, Onate-Ocana LF. 2013. Facing death in clinical practice: a view from physicians in Mexico. *Arch Med Res*, 44 (5):394-400.
- Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y. 2001. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Med Ethics*, 27 (5):324-330.
- Azoulay D, Shahal-Gassner R, Yehezkel M, Eliyahu E, Weigert N, Ein-Mor E, Jacobs JM. 2016. Palliative Sedation at the End of Life: Patterns of Use in an Israeli Hospice. *Am J Hosp Palliat Care*, 33 (4):369-373.
- Ben Natan M, Shahar I, Garfinkel D. 2009. Disclosing bad news to patients with life-threatening illness: differences in attitude between physicians and nurses in Israel. *Int J Palliat Nurs*, 15 (6):276-281.
- Bito S, Asai A. 2007. Attitudes and behaviors of Japanese physicians concerning withholding and withdrawal of life-sustaining treatment for end-of-life patients: results from an Internet survey. *BMC Med Ethics*, 8:7.
- Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. 2000. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med*, 14 (4):287-298.
- Buken NO, Balseven-Odabasi A. 2013. Physicians' attitudes at the end-of-life: a cross-cultural evaluation. *Med Law*, 32 (4):549-565.
- Carmel S, Werner P, Ziedenberg H. 2007. Physicians' and nurses' preferences in using life-sustaining treatments. *Nurs Ethics*, 14 (5):665-674.
- Cavalieri TA, Pomerantz SC, Ciesielski J, Shinkle JW, Forman LJ. 2002. Attitudes of osteopathic physicians toward physician-assisted suicide. *J Am Osteopath Assoc*, 102 (1):27-34.
- Chao CS. 2002. Physicians attitudes toward DNR of terminally ill cancer patients in Taiwan [Abstract]. *J Nurs Res*, 10 (3):161-167.
- Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. 2001. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, 21 (6):467-472.
- Chong AM, Fok SY. 2005. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong--a comparison between physicians and the general public. *Death Stud*, 29 (1):29-54.
- Chung GS, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA. 2016. US Physicians' Opinions about Distinctions between Withdrawing and Withholding Life-Sustaining Treatment [Abstract]. *J Relig Health*, 55 (5):1596-1606.
- Cobanoglu N, Algier L. 2004. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nurs Ethics*, 11 (5):444-458.

- Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, Hovilehto S, Maia P, Phelan D, Reinhart K, Werdan K, Bulow HH, Woodcock T. 2005. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*, 31 (9):1215-1221.
- Collier R. 2017. Assisted death gaining acceptance in US. *Cmaj*, 189 (3):E123.
- Cowan JD, Clemens L, Palmer T. 2006. Palliative sedation in a southern Appalachian community. *Am J Hosp Palliat Care*, 23 (5):360-368.
- Craig A, Cronin B, Eward W, Metz J, Murray L, Rose G, Suess E, Vergara ME. 2007. Attitudes toward physician-assisted suicide among physicians in Vermont. *J Med Ethics*, 33 (7):400-403.
- Curlin FA, Nwodim C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD. 2008. To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *Am J Hosp Palliat Care*, 25 (2):112-120.
- de Ridder M. 2011. *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*. Erste Aufl. München: Pantheon Verlag.
- Dickenson DL. 2000. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *J Med Ethics*, 26 (4):254-260.
- Einav S, Rubinow A, Avidan A, Brezis M. 2004. General medicine practitioners' attitudes towards "do not attempt resuscitation" orders. *Resuscitation*, 62 (2):181-187.
- Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J, Munsell MF, Calderon B, Hung F, Bruera E. 2009. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 17 (1):53-59.
- Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC, Schnipper LE, Mayer RJ. 2000. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med*, 133 (7):527-532.
- Essinger D. 2003. Attitudes of Tennessee physicians toward euthanasia and assisted death. *South Med J*, 96 (5):427-435.
- Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M, Nunez-Olarte JM, deMoissac D. 2000. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med*, 14 (4):257-265.
- Fallahi M, Banaderakhshan H, Abdi A, Borhani F, Kaviannezhad R, Karimpour HA. 2016. The Iranian physicians attitude toward the do not resuscitate order. *J Multidiscip Healthc*, 9:279-284.
- Forte DN, Vincent JL, Velasco IT, Park M. 2012. Association between education in EOL care and variability in EOL practice: a survey of ICU physicians. *Intensive Care Med*, 38 (3):404-412.
- Gabbay BB, Matsumura S, Etzioni S, Asch SM, Rosenfeld KE, Shiojiri T, Balingit PP, Lorenz KA. 2005. Negotiating end-of-life decision making: a comparison of Japanese and U.S. residents' approaches. *Acad Med*, 80 (7):617-621.
- Ganz FD, Benbenishty J, Hersch M, Fischer A, Gurman G, Sprung CL. 2006. The impact of regional culture on intensive care end of life decision making: an Israeli perspective from the ETHICUS study. *J Med Ethics*, 32 (4):196-199.
- Ganzini L, Nelson HD, Lee MA, Kraemer DF, Schmidt TA, Delorit MA. 2001. Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act. *Jama*, 285 (18):2363-2369.
- Ghajarzadeh M, Habibi R, Amini N, Norouzi-Javidan A, Emami-Razavi SH. 2013. Perspectives of Iranian medical students about do-not-resuscitate orders. *Maedica (Buchar)*, 8 (3):261-264.

- Gielen J, Bhatnagar S, Mishra S, Chaturvedi AK, Gupta H, Rajvanshi A, Van den Branden S, Broeckaert B. 2011. Can curative or life-sustaining treatment be withheld or withdrawn? The opinions and views of Indian palliative-care nurses and physicians. *Med Health Care Philos*, 14 (1):5-18.
- Gruber PC, Gomersall CD, Joynt GM, Lee A, Tang PY, Young AS, Yu NY, Yu OT. 2008. Changes in medical students' attitudes towards end-of-life decisions across different years of medical training. *J Gen Intern Med*, 23 (10):1608-1614.
- Gu X, Cheng W. 2016. Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues. *BMC Med Educ*, 16:149.
- Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. 2015. Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China. *BMC Palliat Care*, 14:5.
- Hamano J, Morita T, Ikenaga M, Abo H, Kizawa Y, Tunetou S. 2018. A Nationwide Survey About Palliative Sedation Involving Japanese Palliative Care Specialists: Intentions and Key Factors Used to Determine Sedation as Proportionally Appropriate. *J Pain Symptom Manage*, 55 (3):785-791.
- Holley JL, Davison SN, Moss AH. 2007. Nephrologists' changing practices in reported end-of-life decision-making. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2 (1):107-111.
- Huang HL, Cheng SY, Yao CA, Hu WY, Chen CY, Chiu TY. 2015. Truth Telling and Treatment Strategies in End-of-Life Care in Physician-Led Accountable Care Organizations: Discrepancies Between Patients' Preferences and Physicians' Perceptions. *Medicine (Baltimore)*, 94 (16):e657.
- Illhardt FJ. 1985. *Medizinische Ethik*. Erste Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 3–4.
- Imai K, Morita T, Yokomichi N, Mori M, Naito AS, Tsukuura H, Yamauchi T, Kawaguchi T, Fukuta K, Inoue S. 2018. Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols: proportional vs. deep sedation. *Support Care Cancer*, 26 (6):1763-1771.
- Iyilikci L, Erbayraktar S, Gokmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Gunerli A. 2004. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand*, 48 (4):457-462.
- Jakobson DJ, Eidelman LA, Worner TM, Oppenheim AE, Pizov R, Sprung CL. 2004. Evaluation of changes in forgoing life-sustaining treatment in Israeli ICU patients. *Chest*, 126 (6):1969-1973.
- Jiang Y, Li JY, Liu C, Huang MJ, Zhou L, Li M, Zhao X, Wei YQ. 2006. Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Support Care Cancer*, 14 (11):1119-1125.
- Kaldjian LC, Wu BJ, Kirkpatrick JN, Thomas-Geevarghese A, Vaughan-Sarrazin M. 2004a. Medical house officers' attitudes toward vigorous analgesia, terminal sedation, and physician-assisted suicide. *Am J Hosp Palliat Care*, 21 (5):381-387.
- Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, Rosenthal GE, Vaughan-Sarrazin M, Duffy TP. 2004b. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. *J Med Ethics*, 30 (5):499-503.
- Kapadia F, Singh M, Divatia J, Vaidyanathan P, Udawadia FE, Raisinghaney SJ, Limaye HS, Karnad DR. 2005. Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. *Crit Care Med*, 33 (6):1272-1275.
- Kersh S, 3rd, Cavalieri TA, Ciesielski J, Forman LJ. 2000. Opinions and reactions of physicians in New Jersey regarding the Oregon Death with Dignity Act. *J Am Osteopath Assoc*, 100 (6):349-350, 355-349.
- Knoepffler N. 2010a. *Angewandte Ethik*. Erste Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 226.

- Knoepffler N. 2010b. *Angewandte Ethik*. Erste Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 227.
- Knoepffler N. 2010c. *Angewandte Ethik*. Erste Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 18–19.
- Knoepffler N. 2010d. *Angewandte Ethik*. Erste Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 66, 70.
- Knoepffler N. 2010e. *Angewandte Ethik*. Erste Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag, 66.
- Kohara H, Ueoka H, Takeyama H, Murakami T, Morita T. 2005. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med*, 8 (1):20-25.
- Lam KW, Yeung KW, Lai KY, Cheng F. 2015. Changes in the Attitude and Practice Toward End-of-Life Care: Perspective of Chinese Physicians in Medical Department. *Am J Hosp Palliat Care*, 32 (5):549-554.
- Lamont EB, Christakis NA. 2001. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Ann Intern Med*, 134 (12):1096-1105.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. 2009. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*, 62 (10):e1-34.
- Lux MR, Protus BM, Kimbrel J, Grauer P. 2017. A Survey of Hospice and Palliative Care Physicians Regarding Palliative Sedation Practices. *Am J Hosp Palliat Care*, 34 (3):217-222.
- Macho T. 2017a. *Das Leben nehmen: Suizid in der Moderne*. Erste Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag, 45, 54.
- Macho T. 2017b. *Das Leben nehmen: Suizid in der Moderne*. Erste Aufl. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Macpherson CC. 2007. Global bioethics: did the universal declaration on bioethics and human rights miss the boat? *J Med Ethics*, 33 (10):588-590.
- Maio G. 2017a. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 451.
- Maio G. 2017b. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 441.
- Maio G. 2017c. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 445.
- Maio G. 2017d. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 443–444.
- Maio G. 2017e. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 439–440.
- Maio G. 2017f. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 488.
- Maio G. 2017g. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 447.
- Maio G. 2017h. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 373.
- Maio G. 2017i. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 448.
- Maio G. 2017j. *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Zweite Aufl. Stuttgart: Schattauer, 159.

- Malhotra C, Chan N, Zhou J, Dalager HB, Finkelstein E. 2015. Variation in physician recommendations, knowledge and perceived roles regarding provision of end-of-life care. *BMC Palliat Care*, 14:52.
- Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK, Pandey P, Rawat T, Singh N, Tewari H, Uttam R. 2009. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med*, 35 (10):1713-1719.
- Mobeireek AF, Al-Kassimi F, Al-Zahrani K, Al-Shimemeri A, al-Damegh S, Al-Amoudi O, Al-Eithan S, Al-Ghamdi B, Gamal-Eldin M. 2008. Information disclosure and decision-making: the Middle East versus the Far East and the West. *J Med Ethics*, 34 (4):225-229.
- Mohamed AM, Ghanem MA, Kassem A. 2012. Knowledge, perceptions and practices towards medical ethics among physician residents of University of Alexandria Hospitals, Egypt. *East Mediterr Health J*, 18 (9):935-945.
- Mohamed ZU, Muhammed F, Singh C, Sudhakar A. 2016. Experiences in end-of-life care in the Intensive Care Unit: A survey of resident physicians. *Indian J Crit Care Med*, 20 (8):459-464.
- Morita T. 2004a. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. *Support Care Cancer*, 12 (8):584-592.
- Morita T. 2004b. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 28 (5):445-450.
- Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. 2002. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol*, 20 (3):758-764.
- Obeidat R, Khrais HI. 2016. Jordanian Physicians' Attitudes toward Disclosure of Cancer Information and Patient Participation in Treatment Decision-making. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3 (3):281-288.
- Phua J, Kee AC, Tan A, Mukhopadhyay A, See KC, Aung NW, Seah AS, Lim TK. 2011. End-of-life care in the general wards of a Singaporean hospital: an Asian perspective. *J Palliat Med*, 14 (12):1296-1301.
- Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, Binh NG, Tan CC, Faruq MO, Arabi YM, Wahjuprajitno B, Liu SF, Hashemian SM, Kashif W, Staworn D, Palo JE, Koh Y. 2015a. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med*, 175 (3):363-371.
- Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, Binh NG, Tan CC, Faruq MO, Arabi YM, Wahjuprajitno B, Liu SF, Hashemian SM, Kashif W, Staworn D, Palo JE, Koh Y. 2015b. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia - Supplementary Online Content. abgerufen am 13.07.2017. <http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/intemed/932778/>
- Pöltner G. 2002. *Grundkurs Medizin-Ethik*. Erste Aufl. Wien: Facultas, 275.
- Pomerantz SC, Bhatt H, Brodsky NL, Lurie D, Ciesielski J, Cavalieri TA. 2004. Physicians' practices related to the use of terminal sedation: moral and ethical concerns. *Palliat Support Care*, 2 (1):15-21.
- Popay J, Roberts H, Snowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, Britten N. 2006. *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*. A Product from the ESRC Methods Programme.
- Qasem AA, Ashour TH, Al-Abdulrazzaq HK, Ismail ZA. 2002. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis by physicians in Kuwait [Abstract]. *Int J Clin Pract*, 56 (3):215-218.

- Ramirez Rivera J, Rodriguez R, Otero Igaravidez Y. 2000. Attitudes toward euthanasia, assisted suicide and termination of life-sustaining treatment of Puerto Rican medical students, medical residents, and faculty [Abstract]. *Bol Asoc Med P R*, 92 (1-3):18-21.
- Ramirez-Rivera J, Cruz J, Jaume-Anselmi F. 2006. Euthanasia, assisted suicide and end-of-life care: attitudes of students, residents and attending physicians. *P R Health Sci J*, 25 (4):325-329.
- Ratanakaaew A, Khemapech N, Laurujisawat P. 2015. Palliative Care Education in Gynecologic Oncology: a Survey of Gynecologic Oncologists and Gynecologic Oncology Fellows in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16 (15):6331-6334.
- Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK, Koenig BA, Hornberger JC, Raffin TA. 2000. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest*, 118 (4):1172-1182.
- Russell JA, Williams MA, Drogan O. 2010. Sedation for the imminently dying: survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology*, 74 (16):1303-1309.
- Salahuddin N, Shafqat S, Mapara S, Khan S, Siddiqui S, Manasia R, Ahmad A. 2008. End of life in the intensive care unit: knowledge and practice of clinicians from Karachi, Pakistan. *Intern Med J*, 38 (5):307-313.
- Sittisombut S, Maxwell C, Love EJ, Sitthi-Amorn C. 2009. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci*, 11 (1):23-28.
- Soudry E, Sprung CL, Levin PD, Grunfeld GB, Einav S. 2003. Forgoing life-sustaining treatments: comparison of attitudes between Israeli and North American intensive care healthcare professionals. *Isr Med Assoc J*, 5 (11):770-774.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. 2000. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Jama*, 284 (19):2476-2482.
- Thomas JM, O'Leary JR, Fried TR. 2014. A comparison of the willingness of resident and attending physicians to comply with the requests of patients at the end of life. *J Gen Intern Med*, 29 (7):1048-1054.
- Thöns M. 2016. Patient ohne Verfügung: Das Geschäft mit dem Lebensende. Fünfte Aufl. München, Berlin: Piper Verlag.
- Turker I, Komurcu S, Arican A, Doruk H, Ozyilkan O, Coskun HS, Colak D, Ucgul Cavusoglu E, Ata A, Sezer A, Yesil Cinkir H, Senler FC, Arpacı F. 2014. Investigational tests and treatments performed in terminal stage cancer patients in two weeks before death: Turkish oncology group (TOG) study. *Med Oncol*, 31 (12):350.
- UNESCO. 2006. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. abgerufen am 29.08.2018. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>
- Vilela LP, Caramelli P. 2009. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 55 (3):263-267.
- Weng L, Joynt GM, Lee A, Du B, Leung P, Peng J, Gomersall CD, Hu X, Yap HY. 2011. Attitudes towards ethical problems in critical care medicine: the Chinese perspective. *Intensive Care Med*, 37 (4):655-664.
- Wenger NS, Carmel S. 2004. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med*, 71 (5):335-343.

- Whitney SN, Brown BW, Jr., Brody H, Alcsér KH, Bachman JG, Greely HT. 2001. Views of United States physicians and members of the American Medical Association House of Delegates on physician-assisted suicide. *J Gen Intern Med*, 16 (5):290-296.
- Willems DL, Daniels ER, van der Wal G, van der Maas PJ, Emanuel EJ. 2000. Attitudes and practices concerning the end of life: a comparison between physicians from the United States and from The Netherlands. *Arch Intern Med*, 160 (1):63-68.
- Williams JR. 2015. Medical Ethics Manual. Dritte Aufl. The World Medical Association. abgerufen am 29.08.2018. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf.
- WMA. 2018. abgerufen am 29.08.2018. <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/>.
- Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Melot C, Vincent JL. 2005. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med*, 165 (17):1970-1975.
- Yap HY, Joynt GM, Gomersall CD. 2004. Ethical attitudes of intensive care physicians in Hong Kong: questionnaire survey. *Hong Kong Med J*, 10 (4):244-250.
- Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. 2005. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Med*, 31 (4):562-567.
- Yun YH, Han KH, Park S, Park BW, Cho CH, Kim S, Lee DH, Lee SN, Lee ES, Kang JH, Kim SY, Lee JL, Heo DS, Lee CG, Lim YK, Kim SY, Choi JS, Jeong HS, Chun M. 2011. Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *Cmaj*, 183 (10):E673-679.

9. Anhang

9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Der Arbeit zugeführte Veröffentlichungen	S.24–35
Tabelle 2: Anzahl der untersuchten Veröffentlichungen in Hinblick auf geographischen Wirkungsort der Teilnehmer, Thematik und Studiendesign	S.36
Tabelle 3: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Therapieverzicht und Therapieentzug“	S.37
Tabelle 4: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Aggressive Analgesie“	S.74
Tabelle 5: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Vorsätzliche Tötung (auf Verlangen)“	S.79
Tabelle 6: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung“	S.91
Tabelle 7: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Sedierung am Lebensende“	S.102
Tabelle 8: Untersuchte Veröffentlichungen zu „Offenlegung von Diagnose/Prognose am Lebensende“	S.113

9.2 Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Leiter des Lehrstuhls für Angewandte Ethik der Universität Jena, danken, der mir diese Arbeit ermöglichte. Neben Erhalt eines faszinierenden Promotionsthemas erfuhr ich durch ihn Leitung bei der Zielsetzung und Bestätigung bei Unsicherheiten.

Ich bedanke mich herzlich für die meines Erachtens hervorragende Betreuung.

Zudem gebührt mein Dank Frau Tina Rudolph, die mir als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Lehrstuhls nach Fertigstellung meiner Promotionsschrift wertvolles Feedback gab.

Grundlegend bedanke ich mich bei meiner Freundin und Partnerin Melinda Busch und allem, was im Kommen ist, für alltägliche Unterstützung, Liebe und Sinnhaftigkeit.

Meinen Eltern Dr. Petra und Franz Loster danke ich für alles.

9.3 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich- Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Tina Rudolph;

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.



Leipzig, 15.10.2018

Jonas Loster